Rok XXXIX. Kraków, 15 Grudnia 1900. Nr. 50.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. O wrzodach twardych, umiejscowionych poza częściami rodnemi, wraz z opisem przypadku wrzodu twardego na palcu u ręki

podał

Dr. Władysław Żydłowicz

b. asystent kliniki chorób skórnych i wenerycznych Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Wrzody twarde, umiejscowione poza częściami rodnemi, nie należą do rzadkości: spotykamy je zwłaszcza w oddziałach i klinikach wenerycznych dość często, ale na pewnych, że się tak wyrażę, uprzywilejowanych miejscach. Najczęściej wydarzają się u kobiet na sutku i brodawce, na wargach u płci obojga i u dzieci. Że zakażenie kiłowe tą drogą jest częste, łatwo wytłómaczyć. Mamka, karmiąca dziecko, mające kiłę warg, języka lub migdałków, lub kobieta, karmiąca chwilowo „z grzeczności“ dziecko sąsiadki, dotknięte temi zmianami, łatwo nabawić się mogą kiły pierwotnej na brodawce, na której w czasie karmienia znajdują się często przeczosy. Kobieta zę zmianami kiłowemi na sutkach może w czasie karmienia przenieść kiłę na dziecko, u którego wówczas wytwarza się wrzód twardy na wardze. W ten sposób powstają najczęściej wrzody twarde na wargach u niemowląt; u dorosłych w tem miejscu powstać mogą albo bezpośrednio przez pocałunek z osobą, dotkniętą zmianami kiłowemi warg lub jamy ustnej, albo pośrednio przez używanie wspólne nieobmytych naczyń, najczęściej szklanek, kieliszków, łyżek lub fajek i cygarniczek, używanych poprzednio przez dotkniętego kiłą. W podobny sposób chory robotnik w fabryce szkła zakaża swych towarzyszy za pośrednictwem rurki, służącej do wydymania szkła. Warga dolna częściej jest furtką dla jadu, niż górna, raz — że przeczosy na niej bywają częstsze, powtóre — że przy namiętnym pocałunku warga dolna często ulega skaleczeniu.

W innych okolicach wrzody twarde rzadko napotykamy. Każda okolica ciała ludzkiego, dostępna dla jadu kiłowego, może być miejscem usadowienia się wrzodu twardego, jeśli jest pozbawioną naskórka, względnie nabłonka i rzeczywiście też obserwowano kiłę pierwotną w różnych miejscach, a piśmiennictwo włącznie ze statystyką tych przypadków jest bardzo bogate. Niechcąc nużyć umysłu czytelnika liczbami, wspomnę tylko, że prócz najczęstszych, o których wspomniałem, spostrzegano je na skórze głowy (o jednym przypadku na łysinie u starca opowiadał mi ś. p. profesor Rosner), policzku, brodzie, skrzydle nosowem, w jamie nosowej, na języku, migdałkach (u nas dość częste), na skórze szyi (zmienionej przez wyprysk opisał Stern), na powiekach, spojówce gałki ocznej, na tułowiu, sutku u mężczyzn, na brzuchu, w okolicy części rodnych, na udach, pod kolanem, na palcach u rąk i t. d. Zadalekoby mnie zaprowadziło, gdybym chciał przytaczać, w jaki sposób do zakażenia pozapłciowego przyjść może; krótko tylko nadmienię, że zakażenie może być bezpośrednie lub pośrednie, że w wielu przypadkach nie możemy dojść, w jaki sposób do niego przyszło, w końcu, że poważna część tych przypadków ma przecież źródło w popędzie płciowym Wszak namiętny całus jest wynikiem pobudzenia płciowego, a gdy jedna z płci jest kiłą dotknięta, łatwo ta druga zarazić się może i w ten sposób ciężko chwilową przyjemność okupić. U niektórych znów osobników, tak mężczyzn, jak i kobiet, występuje przed spółkowaniem lub podczas niego niepohamowana chęć kąsania, gdzie się da: są to osobniki ze zboczonym popędem płciowym, kąsają dlatego, by siebie lub stronę przeciwną podniecić. Nierzadko mężczyzna sam doprasza się o taką podnietę, to znów kobieta z własnego popędu wyrządza mu tę nieproszoną przysługę. I tą drogą do zakażenia pozapłciowego przyjść może. Opisany sposób podniecenia płciowego uważać należy za miniaturową edycyę morderstwa z lubieżności, o którem niedawno pisał Wachholz w *Przeglądzie Lekarskim*.

Wspomnieć tu należy o wrzodach twardych na częściach rodnych u niemowląt, nabytych przy obrzezaniu za pośrednictwem noża lub warg operatora, który po odcięciu napletka ssie ranę, by w ten sposób krwotok zatamować. Również znane są przypadki kiły pierwotnej na częściach rodnych u niemowląt i nieletnich, nabytej przez zaspokajanie na nich chorobliwego popędu płciowego przez dorosłych płci obojga. Zaliczamy je do pozapłciowych z tej przyczyny, że znajdują się na częściach rodnych u osobników, niezdolnych jeszcze do spółkowania.

Spółkowanie *per os et anum* może jad kiłowy w tych miejscach zaszczepić i wywołać wrzód na języku, wardze lub w okolicy odbytu.

Tak więc, jakkolwiek zdanie Hufelanda: *„unicum prophylacticum mali venerei est abstinentia a bono venereo“* dzisiaj nie wytrzymuje krytyki, to przecież dużo w niem prawdy.

W pracach autorów znajdujemy wzmiankę o przypadkach zakażenia kiłą za pośrednictwem przyrządów, najczęściej zgłębników i cewników, wprowadzonych choremu przez lekarza. Dzisiaj zakażenie tym sposobem, gdyby się wydarzyło, chyba do białych kruków zaliczyćby należało. Natomiast jeszcze i dzisiaj jest możliwem zakażenie za pośrednictwem tak często używanej w praktyce laseczki azotanu srebrowego, gdyż przetwór ten jadu kiłowego nie niszczy. Wiedząc o tem, nie powinniśmy się posługiwać tą postacią leku; zamiast laseczki używać należy zgęszczonego rozczynu azotanu srebrowego i pędzelka, sporządzonego z waty, na-

winiętej na końcu drewnianego patyczka, który po jednorazowem użyciu zniszczyć należy. Posługiwania się pędzelkiem szczecinowym przy wprowadzaniu leków na spojówkę oddawna zaniechano, odkąd używamy do tego celu zakraplaczy. A przecież przed czterema jeszcze laty widziałem w krakowskiej klinice wenerycznej chorego z wrzodem twardym na spojówce gałki ocznej (przypadek opisany przez Reissa), którego się nabawił przy sposobności leczenia jaglicy, na którą cierpiał, — w jednym ze szpitali, nieidących z postępem wiedzy — z największem prawdopodobieństwem za pośrednictwem wspólnego pędzelka szczecinowego.

Do rzadkich należą wrzody twarde na palcach. Bloch na 93 przypadków wrzodów pozapłciowych przytacza pięć (z tych 2 u położnych), Protzek na 93 — tylko dwa (obydwa u położnych), Krefting na 539 — 4 przypadki. Że lekarze i położne mają łatwą sposobność do nabawienia się tą drogą kiły, pochodzi stąd, że do nie tak dawna było w zwyczaju w praktyce prywatnej badanie palcem chorych lub rodzących kobiet, bez poprzedniego oglądania części rodnych. Lekarz lub położna, nie chcąc chorej narażać na rzekomy wstyd, narażał się na niebezpieczeństwo zakażenia jadem kiłowym, gdy badana kobieta miała wrzód twardy, lub kłykciny sączące na częściach rodnych, a na palcu badającego był choćby nieznaczny przeczos (najczęściej od zanogcicy). W razie zakażenia tą drogą po upływie kilku tygodni powstaje na palcu wrzód twardy. Ile kobiet ciężarnych lub rodzących, badanych przez położną z wrzodem twardym na palcu, zarazić się może kiłą, — łatwo sobie wyobrazić. Wydarzało się już, że jedna położna wszczepiła w ten sposób kiłę znacznej liczbie kobiet, a te potem chorobą tą obdarzyły mężów. Znane też są przypadki wrzodu twardego na palcu u lekarzy, którzy się przypadkowo okaleczyli przy wycinaniu kiłowej twardzieli. W takim przypadku natychmiastowe wypalenie miejsca okaleczonego termokauterem może zapobiedz zakażeniu, jak to sam na sobie miałem sposobność stwierdzić. Operowanie w dalszym ciągu, gdy palec został choćby bardzo nieznacznie okaleczony, uważać musimy ze strony lekarza za niesmaczną brawurę, jeśli kiły nie przechodził.

Wrzód twardy na palcu wydarza się u zwykłych śmiertelników bardzo rzadko. Nie zawsze dojść możemy, w jaki sposób do zakażenia przyszło. Najprostszym byłby ten, że mężczyzna, chcąc się podniecić płciowo, dotyka się części rodnych kobiety, na których jest wrzód twardy lub kłykciny sączące; a gdy palec przypadkowo jest skaleczony, wszczepia sobie tą drogą jad kiłowy. W podobny sposób zarazić się może kobieta od mężczyzny. W praktyce prywatnej miałem niedawno sposobność spostrzegania chorego z wrzodem twardym na palcu, przypadek ten, jako niezwykły — podaję do wiadomości ogółu kolegów *).

W dniu szesnastym października 1900 r. zgłosił się do mnie mężczyzna wykształcony, lat 28 liczący, z rzeżączką cewki moczowej, trwającą od 4 dni; ostatnie spółkowanie odbyło się przed tygodniem. Chory podaje, że od dłuższego czasu obcuje płciowo z prostytutkami raz na tydzień. Badając części rodne, przypadkowo zauważyłem wysypkę na brzuchu i udach, o której chory nawet nie wiedział. Wobec tego kazałem mu się rozebrać i przy badaniu stwierdziłem stan następujący:

Gruczoły karkowe miernie obrzękłe, twarde, niebolesne; na wargach zmian nie ma, jak również na języku; podniebienie miękie, łuki podniebienne, migdałki i tylna ściana gardła — jednostajnie mocno zaczerwienione. Gruczoły pachowe po stronie lewej nieznacznie powiększone, twarde, niebolesne; pod pachą prawą jeden gruczoł, wielkości dużego kasztana, twardy, niebolesny, obok tego kilka mniejszych gruczołów, wielkości fasoli, o tych samych cechach. Na palcu wskazującym u ręki prawej, w okolicy trzeciej falangi po stronie grzbietnej, rozlany obrzęk i zaczerwienienie skóry, obrzęk ten przechodzi na wolny brzeg skóry, otaczającej paznogieć i jest niebolesny. Przy uchyleniu tego brzegu stwierdzić można małe powierzchowne owrzodzenie na powierzchni zwróconej ku paznogciowi; sąsiadująca część paznogcia podminowana ropą Przy ucisku wydobywa się z pod wolnego brzegu skóry ropa w bardzo małej ilości. Na skórze tułowia, brzuchu, kończynach górnych po stronie wewnętrznej i na dolnych, bardzo liczne, drobne, ściśle ograniczone plamki, ustępujące pod uciskiem palca z pozostawieniem blado-brązowych plam barwikowych. Części rodne i okolica odbytu bez zmian.

Badanie narządów wewnętrznych zmian chorobowych nie wykazuje.

Chory podaje, że od kilku dni cierpi na nieznośne bóle głowy o charakterze rwy; występują one około godziny 8 wieczorem i trwają zazwyczaj do godziny 2 po północy. Wrzód na palcu ma trwać około dwu miesięcy, przed 4 tygodniami był znacznie większy, w tym czasie zauważył też powiększenie gruczołów pod pachą, co skłoniło go do szukania porady lekarskiej. Lekarz miał rozpoznać „zakażenie“ i zapisał mu okłady z płynu Burowa, które chory robił przez dwa tygodnie, poczem owrzodzenie i gruczoły pachowe zmalały wybitnie.

Opierając się na badaniu przedmiotowem, rozpoznałem: *Sclerosis indicis dextri, adenitis universalis, praecipue axillaris dextra syphilitica. Syphilis secundaria maculosa recens trunci et extremitatum. Angina syphilitica.*

Ponieważ wybuch wysypki był skończony, zaleciłem choremu wcierania dwugramowe szaruchy z dodatkiem jednego gramu resorbiny, roztwór chloranu potasowego do płókania ust i plaster rtęciowy na owrzodzenie. Chory rtęć znosił dobrze; po 12 wcieraniach wysypka ustąpiła, gruczoły pachowe wybitnie się zmniejszyły. Po czterdziestu wcieraniach z objawów chorobowych trwał jeszcze obrzęk gruczołów nieznacznego stopnia, z gruczołów pod pachą pozostał tylko jeden, zaledwo macalny. Jak się należało spodziewać, paznogieć zaczął się oddzielać, a równocześnie z tem róść nowy. Po ukończeniu leczenia rtęcią zapisałem choremu roztwór jodku potasowego (10:200) trzy łyżki dziennie do zażywania przez sześć tygodni.

Jeszcze przed wybuchem wysypki pojawiło się u chorego wygórowane łaknienie i pragnienie, a chory oddawał moczu około 8 litrów na dobę. Objaw ten utrzymywał się przy leczeniu rtęcią przez całe dwa tygodnie; następnie łagodniał, a w ostatnich dopiero dniach leczenia ustąpił w zupełności. Pomimo tego wejrzenie się poprawiło, przybyło go na wadze o trzy kilogramy, gdyż zaburzeń żołądkowojelitowych z powodu nadmiaru wprowadzanych potraw i płynów nie było. Ciężar gatunkowy moczu wahał się pomiędzy 1·018 a 1·021, mocz był jasno żółty, cukru wykazać nie mogłem; za brakiem jego przemawiał zresztą nizki ciężar gatunkowy moczu.

Jaki będzie przebieg kiły u chorego, ciężki czy łagodny? trudno na to odpowiedzieć, jak wogóle we wszystkich przypadkach zakażenia kiłowego. Niektórzy autorowie zwracają uwagę, że kiła z wrzodem twardym, umiejscowionym poza częściami rodnemi, przebiega często ciężko, chociaż postać świeżej wysypki była łagodną. Mają u takich chorych występować, nieraz już wcześnie, zmiany ciężkie na skórze i w narządach wewnętrznych, najczęściej w mózgu i rdzeniu. Że u lekarza w takim przypadku mogą nawet względnie wcześnie pojawić się zmiany kiłowe w układzie

*) Chorego przedstawiłem na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w dniu 17. października 1900.

nerwowym, dziwić nas nie będzie. Jeśli kto, to lekarz świadomy jest najbardziej, co mu w przyszłości grozić może; ta świadomość i myśl o chorobie, dręczy go nieustannie, podkopuje ogólne odżywienie i układ nerwowy; nic dziwnego zatem, że w nim, jako *in loco minoris resistentiae* powstać mogą zmiany kiłowe. Dalej zauważyć musimy, że przypadki wrzodów pozapłciowych nie zawsze wczas się rozpoznaje i odpowiednio do tego leczy. W opisie takich przypadków często nadmieniają, że chorego przed kilku miesiącami operowano z powodu zapalenia ropnego skóry i tkanki podskórnej *(panaritium)* i że chory zgłosił się już z nawrotem kiły drugorzędnej Łatwo to wydarzyć się może, gdyż tak obrzęk gruczołów, jak i wysypka choremu nie dolega, a plamista, przydarzająca się najczęściej, ustępuje po pewnym czasie i bez leczenia rtęcią. Tak samo i wrzód twardy zagoić się może, jakkolwiek potrzebuje na to dłuższego czasu. Ztąd pochodzi, że w swoim czasie nieleczona choroba może mieć w przyszłości ciężki przebieg, z przytoczonych powodów i nasz chory łatwo mógł przeoczyć wysypkę i nie leczyć się wcale, gdyby się nie nabawił przypadkowo rzeżączki w czasie przed wybuchem kiły drugorzędnej. Przypadki, wcześnie rozpoznane i odpowiednio leczone, *caeteris paribus* nie będą się chyba niczem różnić w przebiegu od kiły nabytej za pośrednictwem części rodnych. Dla ustroju obojętną jest rzeczą, którędy jad wtargnął; zawsze przychodzi do zakażenia ogólnego, a dalszy przebieg zależeć będzie od siły jadu, od odporności ustroju, zachowania się chorego, a wreszcie od leczenia.

Wrzód twardy na palcu po stronie grzbietnej, zwłaszcza trzeciej falangi, wygląda nieco odmiennie od typowego, z powodu stosunków anatomicznych tej okolicy. Skóra w tem miejscu jest prawie nieprzesuwalna, dlatego przy badaniu odpada jedna cecha znamienna, bardzo ważna: ściśle ograniczona, chrząstkowata podkładka wrzodu, dająca się po brzegach ująć w palce. Tu naciek jest rozlany, a zmiana chorobowa podobna jeszcze najwięcej do przewlocznego zapalenia ropnego w tem miejscu, z zajęciem brzegu skóry, otaczającego paznogieć. Brak przynajmniej większej bolesności wrzodu i gruczołów pachowych powinien zwrócić uwagę badającego. Zresztą świeże zmiany kiłowe na skórze i błonach śluzowych, jeżeli już istnieją, pozwalają chorobę łatwo rozpoznać; trudniej, gdy do objawów zakażenia ogólnego jeszcze nie przyszło; wtedy dokładne spostrzeganie przez kilka tygodni, wypływające ze świadomości, że wrzód twardy wszędzie w miejscu dostępnem dla jadu wytworzyć się może, ochroni nas przed pomyłką rozpoznawczą.

W przypadkach, podobnych do naszego, obok znacznego obrzęku gruczołów pachowych ma po odpowiedniej stronie występować i wybitny obrzęk gruczołów łokciowych i położonych pod dolnym brzegiem mięśnia piersiowego większego; tych zmian u chorego stwierdzić nie mogłem. Wzmożone pragnienie i łaknienie, połączone z zwiększoną ilością oddawanego moczu, wydarza się u chorych w okresie zwiastunowym kiły drugorzędnej, obok innych znanych objawów, bardzo rzadko; podręczniki zaledwo w kilku wierszach o tym objawie wspominają, a mają mu towarzyszyć wymioty i biegunka, czego nie było u naszego chorego. Jak na dzisiaj, przypuszczać tylko możemy, że jest on w związku przyczynowym z ogólnem zakażeniem, gdyż przy leczeniu rtęcią ustępuje.

II. **Z kliniki pedyatrycznej prof. Jakubowskiego i z zakładu bakteryologicznego prof. Bujwida w Krakowie.**

O etyologii zapaleń opon mózgowo-rdzeniowych i znaczeniu rozpoznawczem nakłócia lędźwiowego.

Podał

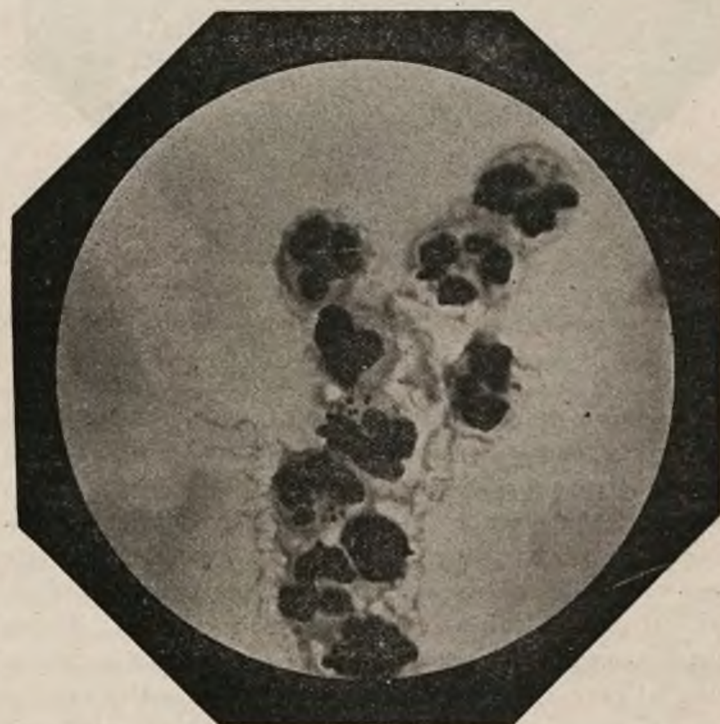
Dr. Ksawery Lewkowicz,

asystent kliniki.

(Ciąg dalszy).

Cechy zarazka. Chcąc uniknąć powtarzania się, odłożyłem na koniec opisanie zarazka, napotkanego w płynie mózgowo-rdzeniowym we wszystkich opisanych przypadkach. Odpada tylko przypadek 1-szy, w którym odpowiednie badanie nie zostało podjęte. Jeżeli do tych sześciu klinicznie spostrzeganych dodamy jeszcze jeden, badany ambulatoryjnie, to będziemy mieli zbiór siedmiu przypadków z wynikiem zawsze dodatnim i zawsze podobnym.

Dwoinka wewnątrzkomórkowa zapalenia opon, krócej meningokok wewnątrzkomórkowy, przedstawia się nam jako ziarniak o bardzo niestałych wymiarach i nierównem zabarwieniu poszczególnych osobników.



Fotogram 1.

Osad z płynu mózgowordzeniowego (w przyp. 7). Barwienie błękitem metylenowym. Powiększenie 1000:1.

W preparatach rodzimych (p. fotogram 1) z ropy, zebranej z opon, lub z osadu płynu mózgowordzeniowego, znajdujemy go prawie wyłącznie w ciałkach ropnych, głównie w pierwoszczy, a tylko wyjątkowo i w małej ilości poza ciałkami. Jest on przeważnie ułożony dwójkami, przyczem dwa osobniki, tworzące dwójkę, przylegające do siebie przypłaszczonemi powierzchniami i oddzielone wązką szczeliną niezabarwioną, przypominają dwa przylegające do siebie płaskiemi powierzchniami ziarnka kawy lub bułki. Niekiedy, zwłaszcza gdy dwójka leży na jądrze, czy w jądrze, można naokoło niej zauważyć wązką otoczkę jaśniejszą.

Ciałka, obejmujące pasorzyty, są, jak wykazuje barwienie Ehrlichowskie, leukocytami wielojądrzastymi neutrofilnymi. Niekiedy, ale rzadko, zdarza się także widzieć komórki śródbłonkowe, zawierające wybitne dwójki. Cały obraz przypomina do złudzenia obraz ropy rzeżączkowej.

Preparaty z hodowli meningokoka (p. fotogram 2) wykazują ziarniaki o średnicy 0·6—1·5 μ., bardzo nierówno zabarwione i ułożone w dwójki i czwórki (tetrady). Widocznie podział odbywa się przeważnie w dwóch kierunkach. Często także napotyka się krótkie łańcuszki, których poszczególne ogniwa podzielone są na dwójki szczeliną, przebiegającą w kierunku osi łańcuszka. Łańcuszki takie nie stanowią nic cechującego; spotykać je można także u gronkowców, po części jako wytwór sztuczny, powstały przy rozprowadzaniu hodowli na powierzchni szkiełka drucikiem platynowym. Toteż nie można się zgodzić na przydzielenie meningokoka, jak u Lehmanna [12]), do paciorkowców. Zresztą muszę zaznaczyć, że przydzielenie to nastąpiło na podstawie opisu takich łańcuszków u Jaegera [13]), tymczasem sam ten autor w ostatniem swem doniesieniu [14]) pierwotny swój opis prostuje. Zatem i obraz hodowli niczem się nie różni od hodowli gonokoka, z którym widocznie meningokok jest blizko spokrewniony, od którego jednak różni się zasadniczo tem, że do wzrostu na pożywkach nie potrzebuje obecności hemoglobiny. Obok gonokoka zatem i czworaczka (tetragenus), a do pewnego stopnia i gronkowców, powinno się pomiędzy mikrokokami, t. j. ziarniakami, dzielącymi się w óżnych płaszczyznach, znaleźć miejsce i dla meningokoka.



Fotogram 2.

Hodowla na surowicy z krwi wołu. Barwienie fuchsyną. Powiększenie 1000:1.

Barwienie według Grama wypadało zawsze ujemnie, tak w preparatach rodzimych, jak w hodowlach.

Meningokok wyrasta przy ciepł. 37·0 w dużych osadach na powierzchni skośnie ściętego agaru zwykłego, glicerynowego, surowiczego, lub surowicy wołowej. Powstają zlewające się pokłady, lub odosobnione osady, w świetle odbitem podobne do kropel rosy, słabo wypukłe, bezbarwne, połyskujące, skupienia śluzowego, ale nie ciągnące się w nitki, w świetle przepuszczonem szaro przeświecające. Nie rośnie zupełnie na ziemniaku, bulionie, żelatynie i mleku. Na podstawie moich spostrzeżeń muszę zauważyć, że po bardzo nawet obfitem pierwotnem szczepieniu wyrasta na agarze tylko skromna ilość osad, nie stojąca w żadnym stosunku z ilością zaszczepionych osobników, lub choćby tylko ciałek zakażonych. Widocznie przeważna ilość osobników jest niezdolna do rozwoju. Temby się tłómaczyły pewne ujemne wyniki szczepienia, mianowicie przy skąpości osadu i małej ilości pasorzytów w płynie i osadzie, jak u mnie w przypadku 3-cim. Nie należy z takich wyników wyprowadzać wniosku, że chodzi o odmianę nie rosnącą na zwykłych pożywkach, jak to czyni Żupnik [15]).

Także przy dalszych szczepieniach zdarza się nawet przy użyciu 24-godzinnej hodowli i obfitem szczepieniu, że się nie otrzymuje żadnych osad, lub tylko odosobnione. Zgadza się to z obrazem meningokoka w cieczy pierwotnej i w hodowli; niejednostajna bowiem wielkość i barwność poszczególnych osobników świadczy o szybkiem wyrodnieniu zarazka.

Następujące przykłady wykażą, jak się pod względem przeszczepialności zachowywał meningokok w naszych przypadkach.

Hodowle z przypadku 2-go przeszczepiano z dnia na dzień na nowe agary. Trzecią z rzędu hodowlę trzymano w termostacie i badano na przeszczepialność. Okazało się, że po 24 godzinach szczepienie miało wynik dodatni, a po 48 ujemny. Przeszczepialność wynosiła zatem tylko 24 godzin. Przeszczepialność trzeciego pokolenia w przypadku 4-tym wynosiła dla hodowli na agarze przy ciepłocie pokojowej 2 dni, w termostacie 5 dni. W przypadku 5-tym przeszczepiano z dnia na dzień przez dwa miesiące. Przeszczepialność utrzymywała się w końcu mimo to tylko przez 3—4 dni. W przypadku 6-tym drugie pokolenie okazało przeszczepialność, wynoszącą zaledwie 24 godzin. Szczepiono obficie, bo w celu otrzymania materyału do szczepień na zwierzętach na trzy powierzchnie agarowe, na dwóch wynik był ujemny, na jednej wyrosło pięć dużych osad.

Obok tego szybkiego wygasania przeszczepialności, zbliżającego meningokoka do pneumokoka, a świadczącego o przeważaniu u niego zdolności do życia wyłącznie pasorzytniczego, znamienną dla meningokoka w stosunku do innych zarazków ropnych jest jego mała chorobotwórczość, dająca się stwierdzić doświadczeniami na zwierzęciu. Tłómaczy ona, jak to Heubner słusznie podnosi, nieznaczne zwykle nasilenie epidemij, składających się jakby z odosobnionych przypadków. Wiele osobników jest bowiem względem zakażenia zupełnie odpornych. Z nią także w związku jest względna łagodność choroby. Zapalenia ropne na tle innych zarazków ropnych kończą się prawie zawsze śmiercią, w zapaleniu meningokokowem mamy znaczny odsetek wyleczeń.

Musiałem się ograniczyć do niewielkiej liczby doświadczeń na świnkach morskich, królikach i białych myszach. Do szczepień używano świeżych 24 godzinnych, obficie na całej powierzchni wyrosłych hodowli agarowych. Z jednej powierzchni z pomocą wody kondensacyjnej i wody przekroplonej otrzymano 1—2 cm. mleczanki.

Mysz biała dostaje z przypadku 4-go po 3-dniowem

hodowaniu 0·5 cm³ mleczanki do otrzewny. Pada po 36 godzinach. Badanie wykonuje zlepne zapalenie otrzewnej. Preparat z zeskrobin wykazuje komórki śródbłonkowe, ziarniaki przeważnie poza komórkami, pojedyncze, nie tworzące dwójek, zatem nie dzielące się i prawdopodobnie obumarłe, przeważnie duże (inwolucya), dobrze i źle zabarwione. Hodowle ujemne. Świnka dostaje 0·5 cm³ do otrzewnej. W pierwszych dniach potem oddziałuje przy obmacywaniu brzucha szybko, jednak przychodzi do siebie.

Szczepienie innych zwierząt: myszka 0·5 cm³ pod skórę, myszka jedna osada do otrzewnej, świnka 0·5 cm³ pod skórę, królik 0·5 cm³ do żyły, królik 0·5 cm³ do opon zapomocą nakłócia lędźwiowego — dało wyniki zupełnie ujemne.

Sądzę, że wynikowi dodatniemu na myszce nie można przypisać większego znaczenia, wobec tego, że znaleziono ziarniki nie zdolne do rozwoju, a szczepiono małemu zwierzęciu stosundowo bardzo znaczne ilości. (C. d. n.).

III. **Z kliniki lekarskiej Prof. Dra A. Gluzińskiego we Lwowie.**

O wpływie kąpieli gazowych na narząd krążenia prawidłowy i chorobowo zmieniony.

Podał

Dr. Edmund Kowalski

lekarz zakładu wodoleczniczego „Kiselka“ we Lwowie.

(Dokończenie).

Doświadczenia powyższe wykazują, że, jak poprzednio stwierdziliśmy zmiany przy prawidłowym narządzie krążenia, tak występują one również i przy narządzie chorobowo zmienionym, tak co do zachowania się czynności serca, ciśnienia krwi i jakości tętna i to zarówno w dwóch wprost przeciwnych kierunkach, zależnie znów li tylko od ciepłoty użytej wody. I tak w pierwszym rzędzie liczba tętna i ciśnienie krwi, obojętnie z jaką wadą serca mamy do czynienia, ulega zmianom, zależnym od ciepłoty wody. Kąpiele o ciepłocie 31, 31·5, 32·5° C zwalniają ruchy serca w czasie kąpieli i po nich i podnoszą ciśnienie krwi, kąpiele o ciepłocie 36 i 37° C przyspieszają ruchy serca, obniżają ciśnienie krwi. Nadto zdjęcia sfigmograficzne wykazują nam raz, że napięcie tętnicze pod wpływem kąpieli pierwszych się wzmaga, pod wpływem drugich maleje — czyli, że w pierwszym razie tętno staje się twardszem *(pulsus durus)*, w drugim miększem *(pulsus mollis)*; powtóre, że wysokość fali w czasie kąpieli pierwszych zwiększa się, w czasie zaś drugich nieco obniża — czyli, że kąpiele gazowe w przypadkach wad serca, bez względu na ich rodzaj, wpływają w trzech kierunkach na narząd krażenia, tj. zwalniają, względnie przyspieszają ruchy serca — wzmagają, względnie osłabiają siłę mięśnia sercowego i zwiększają, względnie obniżają, napięcie ścian naczyń, a to zależnie od swej ciepłoty; kąpiele o ciepłocie 31—32·5°C działają w pierwszym względzie, o ciepłocie zaś 36 i 37°C w drugim.

Jeżeli wyniki te porównamy z wynikami, otrzymanymi na osobnikach zdrowych przy stosowaniu kąpieli o tej samej ciepłocie, to zauważymy z jednej strony podobieństwo, a prawie rzec można identyczność, z drugiej jednak pewne różnice. Jakościowo są objawy tak jedne, jak drugie, równorzędne, ilościowo jednak nieco różne. Jak widzimy, tak w poprzednich doświadczeniach, jak i w tych ostatnich kąpiele o ciepłocie poniżej i powyżej 34°C działają równomiernie na narząd krążenia; pierwsze u osobników zdrowych i sercowo chorych zwalniają skurcze i rozkurcze serca, wzmagają jego energię mięśniową, zwiększają napięcie tętnicze, podnoszą ciśnienie krwi; drugie przyspieszają skurcze i rozkurcze, osłabiają energię mięśnia sercowego, zmniejszają napięcie tętnicze, obniżają ciśnienie krwi. Jeżeli jednak przypatrzymy się dokładniej otrzymanym wynikom, to zauważymy, że istnieją pewne różnice i to, jak powiedziałem, ilościowe, szczególniej pod wpływem kąpieli o ciepłocie poniżej 34°C. Widzimy tu, że zmiany powyższe, choć jakościowo równe, są jednak wogóle daleko znaczniejsze w przypadkach tych, gdzie mamy do czynienia z narządem krążenia chorobowo zmienionym, aniżeli z narządem prawidłowym: tak ruchy serca ulegają znaczniejszemu zwolnieniu, jak i ciśnienie krwi znaczniejszemu podwyższeniu i to zarówno wśród, jak i po kąpieli; nadto podczas gdy u osobników zdrowych po zaprzestaniu kąpieli czynność serca i ciśnienie krwi wraca powoli do normy, u osobników chorych działanie to następowe kąpieli jest daleko znaczniejsze, aniżeli działanie wśród samego zabiegu, bo i zwolnienie ruchów serca przez cały czas obserwacyi po kąpieli, tj. przez godzinę, zazwyczaj jeszcze się wzmaga i ciśnienie krwi więcej podnosi. Takich wybitnych różnic w wynikach otrzymanych po kąpielach ciepłych, tj. o ciepłocie 36 i 37°C nie widzimy, co pochodzi raz ztąd, że, jak zresztą przy każdej sposobności stwierdzić możemy, ustrój daleko silniej oddziaływa na niższe stopnie ciepła, aniżeli na wyższe; powtóre, że stopnie te są względnie bardzo umiarkowane, a tem samem wywołują wogóle zadrażnienie niezbyt znaczne.

Z powyższego wynika zatem, że chorobowo zmieniony narząd krążenia jest wrażliwszy na bodźce termiczne, aniżeli narząd zdrowy, bo nasilenie podniety to samo, t. j. kąpiel o ciepłocie 31—32·5°C, a skutki jej wpływu występują o wiele wybitniej i trwają znacznie dłużej; podczas gdy bowiem u osobników zdrowych *maximum* zwolnienia tętna w czasie kąpieli o ciepłocie 31—32·5°C wynosi przeciętnie 10—12 na minutę, to u osobników z wadami sercowemi wynosi ono 20—32, po kąpieli zaś *maximum* zwolnienia tętna w pierwszym przypadku wynosi 8—12, w przypadku drugim waha się ono między 20 a 40; podobnie rzecz się przedstawia z zachowaniem się ciśnienia krwi. Ciśnienie krwi u osobników zdrowych w czasie kąpieli podnosi się przeciętnie o 20 Mm,, podczas gdy u osobników chorych o 30—40 Mm., po kąpieli zaś w pierwszym przypadku o 10—20 Mm., natomiast w drugim o 30—50 Mm.

Widzimy zatem, że kąpiele wogóle wywierają wpływ i to bardzo znaczny na narząd krążenia tak prawidłowy, jak i chorobowo zmieniony, a to zależnie od ciepłoty użytej wody. Słusznie byśmy więc postąpili, zaliczając zabiegi te do środków leczniczych i to o doniosłem znaczeniu; szłoby tylko o to, by z wyników otrzymanych z powyższych szeregów doświadczeń wysnuć pewne wnioski i wskazania lecznicze.

Bodziec termiczny o ciepłocie poniżej 34°C działa, jak widzieliśmy, z jednej strony na samo serce, z drugiej na naczynia krwionośne: na serce — zwalniając jego ruchy,

ale wzmagając energię, na ściany naczyń tętniczych — zwiększając ich napięcie.

W przypadkach zatem takich, w których nam właśnie idzie o działanie w obu powyższych kierunkach, więc o działanie bezpośrednie na sam mięsień sercowy, tj. o zwolnienie jego ruchów, ale o równoczesne wzmożenie jego siły i powtóre o utrzymanie większego napięcia tętniczego, w przypadkach tych znajdą zastosowanie wspomniane kąpiele, t. j. o ciepłocie poniżej 34°C, bo przez to uczynimy zadość powyższym wymogom. Zwalniając bowiem ruchy serca i zwiększając jego energię mięśniową, wywołamy, względnie przyczynimy się do wytworzenia się przerostu kompenzacyjnego mięśnia sercowego, a przy istniejącym już przeroście przywrócimy mu w razie potrzeby jego sprawność i ułatwimy pokonywanie zachodzących przeszkód; z drugiej strony przy wzmożonej pracy mięśnia sercowego, zwiększając napięcie ścian naczyń, a tem samem podnosząc ciśnienie krwi, przyczyniamy się pośrednio również do wzrostu siły serca; wiadomo bowiem, że wpływ ciśnienia tętniczego sięga aż do lewej komory, a tu, działając jako bodziec mechaniczny na ściany serca, potęguje j·go siłę (Heidenchain, C. Ludwig).

Znajdą zatem kąpiele te (poniżej 34°C) wskazania w schorzeniach narządu krążenia w przypadkach, gdzie zachodzi niedomoga mięśnia sercowego i to niedomoga tak przy zmianach w narządzie zastawkowym, jak i przy zmianach degeneracyjnych mięśnia sercowego, np. wskutek miażdżycy tętnic wieńcowych, lub niedomoga przy niestosunku między sercem a krążeniem obwodowem, np. w nadmiernej ogólnej otyłości; słowem, znajdą kąpiele te wskazania we wszystkich tych przypadkach, w których podajemy naparstnicę, względnie analogiczne co do działania z naparstnicą środki, z tym jednak dodatkiem, iż stosować je będziemy w przypadkach, w których zmiany następowe, skutkiem tej niedomogi powstałe, niezbyt daleko są posunięte, a więc w pierwszym rzędzie przy utrzymanem jeszcze wyrównaniu (kompenzacyi), powtóre i przy braku wyrównania, lecz gdzie stan ogólny chorego, a zwłaszcza stan jego mięśnia sercowego pozwala względnie korzystnie rokować.

Przeciwwskazane zaś będzie stosowanie wymienionych zabiegów w schorzeniach narządu krążenia, połączonych z wysokiem ciśnieniem krwi i wygórowanem napięciem ścian naczyń, n. p. w daleko posuniętej ogólnej miażdżycy tętnic; przeciwwskazane również będzie w przypadkach marskości nerek. Tu raczej wskazaneby były, jak to wynika z naszych doświadczeń, kąpiele o ciepłocie wyższej, tj. ponad 34°C.

Prócz bezpośredniego działania kąpieli o ciepłocie poniżej 34°C na narząd krążenia, nie bez znaczenia jest również zachowanie się pod wpływem tych podniet — czynności oddechania, oraz wahania się ilości moczu. Oddechy, jak widzieliśmy, stają się wolniejsze, ale za to głębsze. Następstwem zaś pogłębienia oddechów jest, jak wiadomo, z jednej strony szybszy przypływ krwi żylnej do komory prawej, ztąd do płuc, z drugiej — szybszy odpływ z płuc do komory lewej. Ilość moczu po tych zabiegach, jak nasze spostrzeżenia wykazały, stale się zwiększa, co wobec objawów i następstw zaburzonego wyrównania (kompensacyi) jest rzeczą bardzo ważną i doniosłą.

Szłoby jeszcze o to, o jakiej właściwie ciepłocie w granicy niższej, tj. poniżej 34°C należałoby stósować kąpiele, jako środek leczniczy, przy wzmiankowanych wadach serca.

Powiedzieliśmy, że działanie podniety termicznej wogóle tem jest dosadniejsze, im jest ona o niższej ciepłocie, bo w istocie, im zimniejszych użyliśmy kąpieli, tem znaczniejsze było zwolnienie skurczów serca i tem wyższe ciśnienie krwi; wynikałoby więc może z tego, że przy stosowaniu kąpieli jako środka leczniczego, należałoby używać ciepłoty względnie jak najniższej, bo wtedy działanie byłoby energiczniejsze, a skutek leczniczy może korzystniejszy.

Siła drażnienia jakiejkolwiek podniety, a więc i podniety termicznej, zależy przedewszystkiem od stanu ustroju, który ulega jej wpływowi. Gdy ustrój znajduje się już w stanie nieprawidłowego podrażnienia, wtedy stosunkowo mniej silna podnieta wywołać musi ten sam skutek, jaki stwierdzamy po silniejszej podniecie w stanie prawidłowym.

Ustrój chory znajduje się właśnie w tym stanie nieprawidłowego podrażnienia, dlatego też i podniety, działając na jego zmienione narządy, wywołują objawy różniące się co do nasilenia, od tych, jakie spotykamy pod wpływem tych samych podniet w ustroju zdrowym, czyli spowodowują daleko silniejsze zadrażnienie.

Zwolnienie np. ruchów serca w kąpieli zimnej będzie tem znaczniejsze, im większe było poprzód nieprawidłowe przyspieszenie, wywołane stanem gorączkowym; to samo odnosi się i do ruchów oddechowych. Kąpiel 34°C zachowuje się odnośnie do ciepłoty ustroju zdrowego prawie obojętnie, podczas gdy ta sama kąpiel działa na ustrój chory gorączkujący jako kąpiel zimna, tj. obniża jego ciepłotę i t. p. Zachodzi zatem znaczna ilościowa różnica w zachowaniu się ustroju chorego a zdrowego wobec podniet zewnętrznych. Te same podniety, tj. o tem samem nasileniu, które w narządzie zdrowym wywołują zmiany nieznaczne, a czasem przechodzą prawie bez śladu, sprowadzają w narządzie chorym zmiany dosadne, spotęgowane.

To, cośmy ogólnie powiedzieli, odnosi się również i do narządu krążenia, chorobowo zmienionego; widzieliśmy bowiem, że te same kąpiele, tj. o tej samej ciepłocie, wywołują w przypadkach wad sercowych daleko gwałtowniejsze i znaczniejsze zmiany i dłużej trwające, tak w zachowaniu się czynności serca, jak i ciśnienia krwi, aniżeli w przypadkach z narządem krążenia prawidłowym.

Serce do wykonywania swej pracy, tj. do wypychania w obieg zawartości, jak i do przezwyciężania oporów w obwodzie, potrzebuje pewnego zasobu sił; przy zwiększaniu się oporów, np. przez wzmożone napięcie tętnicze, jak również przy znaczniejszem wypełnianiu się komór serca przez zwolnienie jego ruchów i dokładniejsze rozkurcze, potrzebuje serce odpowiednio więcej siły, raz — by powstałym przeszkodom módz podołać, powtóre — by nadwyżkę krwi módz w ogólny bieg wprowadzić.

Serce chore wogóle, tj. bez względu na rodzaj zmian chorobowych, odczuje, jak widzieliśmy, wszelkie bodźce daleko silniej, aniżeli zdrowe; powtóre, serce chore, gdzie są nadto zmiany organiczne, jak zwyrodnienie mięśnia sercowego, lub niedomykalność zastawek, posiada już samo przez się mniejszy zasób sił, aniżeli zdrowe; przy zadrażnieniu zatem zbyt nizką ciepłotą mogłoby grozić niebezpieczeństwo, że mięsień sercowy, wobec zmniejszonej już swej siły żywotnej, a jednocześnie wobec występujących nagle i ze wzmożonem nasileniem zmian w krążeniu, nie byłby w sta-

nie odpowiedzieć zbyt trudnemu zadaniu, co naturalnie nie mogłoby się obejść bez szkody dla całego ustroju.

Dlatego też, by nie narażać chorego serca na zbytnie wysiłki, powinniśmy w przypadkach tych unikać wszelkich skrajnych podniet termicznych, a ograniczać się do stopni zbliżonych do granicy obojętnej, tj. ograniczać się do ciepłoty 30—33° C, jako w takich razach najodpowiedniejszej, bo, jak spostrzeżenia nasze wykazały, zupełnie dostatecznej do wywarcia nawet bardzo wybitnego wpływu na narząd krążenia, jak i wogóle na cały ustrój.

Ponieważ doświadczenia nasze wykazały, iż wpływ kąpieli zwykłych i gazowych na prawidłowy narząd krążenia, polega przeważnie na działaniu wspólnego obu tym zabiegom czynnika, tj. bodźca termicznego, to, przenosząc powyższe spostrzeżenia na przypadki patologiczne, przyjąć również można, że i kąpiele zwykłe, obok kąpieli gazowych, byle o odpowiedniej ciepłocie, mogą jako środek leczniczy w przypadkach chorobowych analogicznych znaleźć usprawiedliwione zastosowanie.

Obok swoistego działania wymienionych kąpieli, jednych i drugich, na narząd krążenia, musimy uwzględnić i działanie ich ogólne. Wywierają one bowiem, co zresztą jest rzeczą dostatecznie znaną, dodatni wpływ na cały ustrój, czyli stawiają chorego w daleko korzystniejsze warunki.

Poczuwam się do miłego obowiązku podziękować na tem miejscu Prof. Dr. A. Głuzińskiemu za poddanie mi myśli do powyższej pracy, jak również za łaskawe pozwolenie korzystania z materyału klinicznego.

* * *

IV. Wyciągi.

A. Schanz. **Leczenie bocznych skrzywień kręgosłupa zapomocą opatrunków gipsowych.** (*Münch. med. Wochenschrift* Nr. 46, 1900). Zastanawiając się nad przyczyną niepowodzeń leczenia zboczeń kręgosłupa metodą Sayrea, dochodzi autor do wniosku, że błąd tkwi w samej zasadzie tego sposobu a mianowicie w fałszywem ocenianiu wartości przyrządów podtrzymujących. Nie ulega wątpliwości, że gips, odpowiednio użyty, jest najlepszym materyałem na przyrządy podtrzymujące. Przyrządy te jednakowoż same bardzo rzadko zdołają skrzywienie poprawić, tem mniej wyleczyć, a mogą działać szkodliwie, wywołując zaniki z nieczynności i, co za tem idzie, pogorszenie stanu miejscowego. Samozawieszanie podług Sayrea i zastosowanie stanika gipsowego, jako przyrządu poprawiającego, nie zdoła również powstrzymać tego biegu rzeczy. Leczenie skoliozy powinno uwzględniać dwa wskazania: przedewszystkiem usuwanie czynnika skrzywiającego, więc zwalczanie skrzywienia wytwarzającego się, a następnie poprawę skrzywienia już wytworzonego. Wynika z tego, że zastosowaniem wyłącznie jednego sposobu, n. p. opatrunków gipsowych, w żadnym razie nie można rozwiązać wszelkich zagadnień leczenia zboczenia kręgosłupa. Pierwszemu wskazaniu prostujący opatrunek gipsowy nie czyni zadość. Prócz tego działa on często szkodliwie, czego dowodem są właśnie ujemne wyniki sposobu Sayrea. Ztąd wskazówka dla praktyki, że należy czas stosowania opatrunków gipsowych możliwie ograniczyć. Dalej, należy uwzględnić wskazanie pierwsze, zapobiegać więc zarazem nawrotom. Leczenie według wyłuszczonego programu rozpoczyna się uruchomianiem kręgosłupa. Z chwilą, gdy to zostało osiągniętem, zakłada się opatrunek gipsowy, przyczem uskutecznia się prostowanie zapomocą wolnego zawieszenia i wyciągania za kończyny dolne w odpowiednim przyrządzie. (Autor przyrządu nie opisuje. Na podstawie wykładu, wygłoszonego przez S. na tegorocznym Zjeździe chirurg. niem., przypuszcza ref., że przyrządem zastosowanym są odpowiednio zmodyfikowane ramy Beelyego). Pociągania boczne stosuje autor tylko wyjątkowo. Opatrunek, sięgający od krętarzy do szyi, na dwa palce poniżej wyrostka sutkowego, zakłada się na czas 12-tu tygodni. Czas ten wystarcza, aby otrzymany wynik na tyle utrwalić, iż następowe stosowanie odpowiednich zabiegów zdoła wynik ten na stałe zachować. Zabiegami tymi są: przyrządy podtrzymujące, gipsowe łóżko prostujące, mięsienie, gimnastyka i t. p. Miarą ostatecznego wyniku, jaki w danym przypadku może być osiągniętym, jest ten stopień wyprostowania, który zdołało się w opatrunku gipsowym otrzymać i utrzymać. *Urbanik.*

Dammer (Jena). **Przypadek tężyczki wskutek zatrucia.** (*Münch. med. Wochschft.* Nr. 46, 1900). Kobieta 35 letnia, cierpiąca na tasiemca (*taenia mediocanellata*), otrzymuje kapsułki według następującego przepisu: *Rp. Extr. filic. mar. 8,00 Hydrargyri chlorat. 0,80 Divid. in part. aequal. XVI. D. in caps. S. Co 10 minut 2 kapsułki.* Istotnie po 1½ godz. odszedł tasiemiec wraz z głową, — atoli natychmiast pojawiło się ogólne osłabienie, po którem nastąpiły znamienne dla tężyczki drgawki (objawy Trousseau i Chwosteka wyraźne). Zuwagi, że narządy wewnętrzne chorej zmian nie okazywały, że następnie kurcze pojawiły się dopiero po odejściu tasiemca, a inne czynniki etyologiczne można było z łatwością wykluczyć, — przyjmuje autor, jako przyczynę tężyczki, zatrucie jednym z podanych leków. Co się tyczy kalomelu, nigdy nie spostrzegano podobnego działania, nawet po zażyciu wysokich dawek, — liczne natomiast przypadki zatrucia podaje piśmiennictwo po stosowaniu paprotki samczej (*extr. filic. mar.*). Pod ten dział chce autor podporządkować opisany przez siebie przypadek. *Dr. Henryk Pisek.*

Avellis (Frankfurt n. M.) **Typowa postać rwy krtaniowej.** (*Münch. med. Wochschft.* Nr. 46, 1900). Tą nazwą obejmuje autor jedno — rzadziej obustronną — bolesność szyi i krtani, powiększającą się podczas połykania, mówienia lub pochylania głowy na boki. Cierpienie to występuje u osobników zdrowych, w średnim wieku będących, nie histerycznych i trwa tygodniami, nasilając się więcej lub mniej. Zewnętrzne i wewnętrzne badanie krtani daje wynik zupełnie ujemny, wykazać natomiast można znamienne punkty bolesne w okolicy przejścia nerwu krtaniowego wyższego (*nerv. laryng. sup.*), błony gnykowo-tarczykowej (*membrana hyothyr.*) i w splocie nerwu krtaniowego (*plica nervi lar.*). Rozpoznanie nie zawsze bywa łatwe, albowiem to cierpienie można brać za gościec szyi lub histeryę — w pierwszym przypadku zachodzi brak znamiennych punktów bolesnych (bolesność istnieje na całym przebiegu mięśni), w drugim wykazać się dadzą także inne objawy histeryi (znieczulenie, przeczulica i t. p.). Leczenie polega na podawaniu środków przeciwgośćcowych i suchych ciepłych okładów.
Dr. Henryk Pisek.

Hoeflmayr (Monachium). **Podmiotowe przypadłości neurasteników.** (*Münch. med. Wochschft.* Nr. 46, 1900). Najbardziej przerażają neurasteników objawy ze strony serca, a w szczególności odczucia w okolicy sercowej, połączone z utrudnionem oddychaniem i uczuciem ciężkości na piersiach, — wszystko razem wziętę wyradza często u neurastenika myśl, że jest istotnie sercowo chory. Zdarza się więc, że lekarz, wezwany do chorego, który nagle dostał napadu „kurczów sercowych“, lub „osłabienia serca“, zastaje chorego okrytego zimnym potem, z tętnem wprawdzie przyspieszonem, ale silnem i z zupełnie utrzymaną przytomnością. Brzuch wzdęty, a uciskając go, można wywołać u chorego uczucie duszności; — zwykle w tym względzie otrzymuje się od chorego odpowiedź, że stolce bywają skąpe, lub że ich nawet przez kilka dni nie było. W takich przypadkach zastosowanie lewatywy powoduje obfite wypróżnienie, poczem obraz chorobowy nagle się zmienia i wszystko wraca do stanu prawidłowego. Drugim, często u takich chorych spotykanym objawem, jest uczucie ucisku w głowie, łączące się nierzadko z zaburzeniami w unerwieniu przewodu pokarmowego; systematycznie przedsięwzięte mięsienie żołądka i jelit usuwa ten objaw. *Dr. Henryk Pisek.*

O. Müller. **Zastosowanie wody utlenionej w leczeniu ran.** (*Deutsche med. Wochschft.* Nr. 46, 1900). Badania bakteryologiczne autora wykazały, że woda utleniona zajmuje pod względem swej wartości, jako środek przeciwgnilny, miejsce pośrednie między octanem glinowym, a 1‰ sublimatem. Według M., posiada lek ten wybitną zdolność oczyszczania ran. Własność ta pozostaje w związku z tem, że woda utleniona ulega przy zetknięciu z tkankami ustroju katalizie, t. zn. rozkładowi na wodę i tlen. Następuje więc przytem wytwarzanie się gazu, czego wyrazem zewnętrznym jest pojawienie się piany. Rany więc, które zawartością komórek, ciałek ropnych, drobnoustrojów i t. p. wywołują katalizę, zostają zapomocą wytwarzającej się piany mechanicznie oczyszczone. Przyłączające się do wspomnianych własności działanie odwaniające, pozwala zdaniem M. rokować środkowi temu szerokie zastosowanie.
Urbanik.

Prof. Dehio (Dorpat). **O łącznotkankowem stwardnieniu mięśnia sercowego.** (*Myofibrosis cordis*). (*Deutsch. med. Wochenschrift* Nr. 47, 1900). Wbrew zarzutom Hochhausa utrzymuje D. na podstawie nowych badań w całej rozciągłości twierdzenie swoje o istnieniu w pewnych przypadkach chorobowych rozlanego przerostu międzymięśniowej tkanki łącznej serca. Łącznie z dawniejszemi swemi badaniami (por. „Przegląd“ Nr. 51, 1900) zebrał D. dotąd 36 takich przypadków. Szkoła niemiecka znała dotąd jedną tylko postać włóknistego zwyrodnienia m. sercowego, mianowicie zwyrodnienie ogniskowe, rozsiane (*myocarditis fibrosa disseminata*), będące następstwem albo stwardnienia tętnic, albo rozmaitych wpływów zakaźnych i toksycznych (gościec, dur, ospa, płonica, błonica, zatrucie ołowne i wyskokowe). Otóż już od r. 1895 utrzymuje D., że oprócz tych zwyrodnień ogniskowych istnieje zwyrodnienie rozlane, nazwane przez autora *myofibrosis*. W schorzeniu tem pojawia się tkanka łączna międzymięśniowa, zazwyczaj zaledwo dostrzegalna, w znaczniejszej ilości nietylko około pęczków mięsnych, ale także nawet pomiędzy pojedynczemi beleczkami mięsnemi. Zmiana ta pojawia się często u starców, idąc w parze z zanikiem komórek mięsnych (*myofibrosis senilis*); w podobny sposób, ale w znacznie wyższym stopniu, zdarza się jednak zmiana ta i u osobników młodszych, a to mianowicie przedewszystkiem w tych częściach serca, które uległy przerostowi i rozszerzeniu. Zmiana dotyczy wprawdzie zazwyczaj całego serca, jednakże w nierównym stopniu; najwybitniej występuje w ścianie przedsionków serca, a więc w tych częściach serca, które przy wadach sercowych głównie są przeciążone i rozciągnięte. Wnosi z tego D., że pomiędzy rozciągnięciem ściany sercowej a powstaniem rozlanej zmiany łącznotkankowej istnieje związek przyczynowy. W razie przeszkody w krążeniu powstaje naprzód przerost odpowiedniego odcinka serca, potem po dłuższym czasie trwania przerostu zjawia się pomnożenie tkanki łącznej podścieliskowej, wywołane tąsamą przyczyną, co przerost. Równolegle bowiem ze zwiększającą się pracą przerastającego mięśnia rosną i fizyologiczne zadania podtrzymującego go zrębu łącznotkankowego, otrzymującego wówczas jednocześnie z mięśniem obfitszy materyał odżywczy, co razem wzięte stwarza i dla tkanki łącznej warunki przerostu. Znaczniejszy jej rozwój następuje jednak dopiero z chwilą powstawania niedomogi i nadmiernego rozciągnięcia mięśnia, t. j. z chwilą, gdy przestaje on przerastać, a poczyna zanikać. W ten zatem sposób przyczyną *myofibrosis* staje się długotrwałe przeciążenie i nadmierne rozciągnięcie mięśnia sercowego. Oprócz wspomnianej już *myofibrosis senilis* znalazł D. rozlane pomnożenie tkanki łącznej serca w różnych przypadkach przerostu i rozszerzenia serca, i tak: w 10 przypadkach wad zastawkowych (przedewszystkiem w przedsionkach), w 4 przypadkach przerostu serca z ogniskowo rozsianemi bliznami mięśnia sercowego; w jednym natomiast przypadku nagłej śmierci znalazł D. przerost bez rozszerzenia i liczne blizny serca obok zakrzepu lewej tętnicy wieńcowej, ale nie stwierdził rozlanych zmian łącznotkankowych; w pięciu przypadkach przerostu serca prawego wskutek przeszkód w krążeniu małem istniała mierna *myofibrosis* w ścianie komórki, znaczna w ścianie przedsionka prawego i t. d. Przeglądając piśmiennictwo francuskie, przekonał się D., że opisana przez niego zmiana znana jest od dość dawna szkole francuskiej, rozróżniającej obok „sclérose en foyers“, także „sclérose diffuse rayonnante“, (równoznaczną z *myofibrosis* w sercach przerosłych), „coeur sénile“ (= *myofibris senilis*), wreszcie „coeur cardiaque“, w którem przyczyną przerostu podścieliskowej tkanki łącznej jest długotrwałe przekrwienie bierne mięśnia sercowego. (Huchard). W przekonaniu, że nadmierne długotrwałe rozciągnięcie mięśni powinno wszędzie wywoływać zmiany jednakie, badał D. w tym kierunku dla porównania mięśnie prążkowane, mianowicie mięśnie brzucha w 2 przypadkach zapalenia otrzewnej wskutek przedziurawienia jelit, w jednym przypadku posokowatego popołogowego zapalenia otrzewnej, wreszcie w przypadku olbrzymiego torbiela jajnikowego i w przypadku znacznej puchliny brzusznej. Zgodnie ze swojemi przewidywaniami nie znalazł D. w pierwszych 3 przypadkach w mięśniach brzusznych żadnych zmian, natomiast w 2 ostatnich wybitną i znaczną rozlaną zmianę przerostową w podścielisku łącznotkankowem. W spostrzeżeniach tych widzi D. potwierdzenie swych zapatrywań na etyologię rozlanego zwyrodnienia łącznotkankowego serca. *Ciechanowski.*

Prof. Celli. **Przyczynek do epidemiologii zimnicy w myśl nowych poglądów etyologicznych.** (*Centrlbl. f. Bacter.*, 1900, Tom 28, Nr. 17). Dzięki Towarzystwu zwalczania zimnicy mógł C. swoje badania epidemiologiczne oprócz Kampanii rzymskiej rozszerzyć także na Lombardyę. Badania te wyświetliły kilka zajmujących szczegółów. Stwierdził mianowicie Celli, że pasorzyty ciężkich postaci trzeciaczki znajdują się równie obficie w środkowych, jak w północnych Włoszech, co więcej, że nie kończą się one w granicach porzecza Po, lecz sięgają wzdłuż jego dopływów nawet do wysoko leżących dolin alpejskich (Piatedà, 400—700 m. n. p. m.). Stwierdził tam je C. u chorych, którzy nigdy nie opuszczali rodzinnego swego miejsca. Pomimo równomiernego rozszerzenia się pasorzyta w obu badanych częściach kraju, należą śmiertelne przypadki ciężkiej trzeciaczki w Lombardyi do rzadkości, co tłómaczy się bardzo rozpowszechnionem zażywaniem chininy przez tamtejszą ludność. Zażywanie to złagodziło przebieg zimnicy, ale nie zmniejszyło wcale jej częstości, co dowodzi ponownie, że przesadą jest oczekiwać zupełnego wytępienia zimnicy zapomocą samego tylko masowego stósowania chininy. Zresztą w Lombardyi nawet bez chininy przebiega zimnica często łagodniej; tłómaczy to Celli pewnego rodzaju przyzwyczajeniem się ustroju do zimnicy, nabytem w całym szeregu pokoleń, a może nawet nabytą odpornością.

Jak dawniej, tak i teraz stwierdził C. możliwość dwu- i trzykrotnego zakażenia się zimnicą w ciągu jednego lata. Te ponowne zakażenia należy odróżniać od prawdziwych nawrotów, wywoływanych przez utajone w ustroju pasorzyty. Odróżnienie nawrotów prawdziwych od rzekomych w lekkich postaciach trzeciaczki nie jest możliwe. W czwartaczce rzeczywiście nawracającej można we krwi wykazać gamety (półksiężyce), nie można ich zaś wykazać w nawrotach rzekomych, t. j. powtórnych zakażeniach. Podobnie zupełnie można odróżnić nawroty prawdziwe od rzekomych w ciężkiej trzeciaczce. Klinicznie różnią się one jeszcze tem, że w prawdziwych nawrotach chorzy sił nie tracą i często nie kładą się wcale, natomiast w zakażeniach powtórnych nie są w stanie nigdy utrzymać się na nogach, tracąc zupełnie siły. Nawroty można osłabić lub im zapobiegać przez energiczne leczenie chininą z żelazem i arsenem, jednakże nie u wszystkich chorych to się udaje. Wynika ztąd, że nie uda się zimnicy zupełnie wytępić zapomocą jednego swoistego środka dotąd, dopóki nie znajdziemy leku, odkażającego krew zupełnie, t. j. niszczącego także te postacie pasorzyta, które utajając się w ustroju, są przyczyną nawrotów, a opierają się nawet działaniu chininy i tych, które są ogniwem utrzymywania się gatunku w ustroju komarów.

Związek tych ostatnich, mianowicie gatunku *Anopheles* (*claviger, pictus, pseudopictus* i *bifurcatus*) z zimnicą stwierdził C. ponownie, znajdując je wszędzie tam, gdzie choroba ta się pojawia; jednakże zdania tego nie można odwrócić: zimnica nie wszędzie tam istnieje, gdzie żyje *Anopheles*, lecz tylko tam, gdzie obok tego gatunku komarów żyją ludzie, w których krwi znajdują się gamety pasorzyta zimniczego i gdzie ciepłota powietrza jest dość wysoką, aby z gametów rozwijać się mogły dalsze formy pasorzyta, żyjące w żołądku *Anopheles'a*. *Anopheles* z różnymi przedmiotami może się dostać nieraz w okolice bardzo od zimniczych ognisk odległe, jednakże nie wywoła mimo to zimnicy, jeżeli okolice te są zbyt zimne i jeżeli niema ludzi, z których krwi mógłby poczerpnąć zarazek. Gatunek *Culex*, jak to ponownie stwierdził C., — nie jest przenośnikiem zimnicy; żyje on n. p. w mieście Mantui, gdzie zimnicy niema, chociaż na przedmieściach grasują ciężkie epidemie, związane przyczynowo z tem, że tylko na przedmieściach żyje tam *Anopheles.*

Związek zimnicy z gospodarstwem rolnem polega bądź na tem, że pewnym rodzajom gospodarstwa (nawadnianie, pola ryżowe) towarzyszy zjawienie się komarów i pasorzyta zimnicy, bądź na tem, że pewne, skądinąd nieszkodliwe prace rolnicze przypadają w porze roku niezdrowej, zimniczej. Uprawa lnu i konopi szkodliwą jest tylko przez stojące wody, używane do moczenia tych roślin, a rojące się od komarów.

Jaka ciepłota powietrza konieczną jest do wybuchu nagminnego zimnicy, napewno C. jeszcze oznaczyć nie zdołał; przypuszcza, że potrzeba do tego conajmniej 25° C. — W końcu zapowiada C., że wkrótce ogłosi wyniki, jakie otrzymał zapomocą zaleconych przez siebie środków zapobiegawczych. *Ciechanowski.*

d'Arrigo. **O obecności i „fazach“ prątka Kocha w t. zw. zołzowych gruczołach limfatycznych.** (*Ctblt. f. Bact.* 1900, Tom 28, Nr. 16). Badając zapomocą własnego sposobu barwienia „zołzowe“ gruczoły limfatyczne, usunięte operacyjnie u 18 osób (liczących 4—28 lat), u których wywiady nie wykazywały obciążenia dziedzicznego, ani w ustroju nie było nigdzie objawów gruźlicy, doszedł d'A. do następujących wniosków. Wszystkie t. zw. zołzowe zmiany gruczołów limfatycznych są mniej lub więcej złagodzoną gruźlicą. Pomiędzy 4—12 r. ż. występuje ta (zołzowata) postać gruźlicy głównie w gruczołach na szyi, rzadko w pachowych i pachwinowych. Pomiędzy r. 12—30 najczęściej ulegają zmianom tym gruczoły pachowe u kobiet, pachwinowe u mężczyzn, rzadziej inne. Golem okiem stwierdza się w gruczołach zmiany rozmaite, począwszy od prostego przekrwienia i obrzęku, a skończywszy na ogniskowem lub całkowitem zserowaceniu, drobnowid wykazuje jednak zawsze obecność prątków Kocha w rozmaitych okresach rozwoju. Obficiej znajdują się prątki

w gruczołach tylko przekrwionych lub obrzękłych, niż w gruczołach zserowaciałych. Przeważnie leżą prątki w okołonaczyniowych przestworach limfatycznych i to zwłaszcza w częściach obwodowych gruczołów; mniej prątków spotyka się w środku świeżych gruzełków i w ogniskach serowatych. Prątki leżą często w leukocytach. Z rozmaitych „faz" prątka wymienia d'A.: długie, smukłe prątki, układające się w nitki; prątki z rozgałęzieniami; prątki zgrubiałe, zawierające silnie zabarwione ziarenka; krótkie, grube postacie; bardzo cienkie, zawierające barwik czarny lub zielonożółty; większe i mniejsze ziarenka. Zmiany histologiczne zajętych gruczołów polegają na przekrwieniu, niekiedy z wybroczynami, nacieku limfoidalnym i pojawieniu się ognisk martwicy. Tworów olbrzymich spotyka się mało; w ich miejscu najczęściej gromady komórek przybłonkowatych. Rozmaite postacie prątka Kocha można niekiedy spotkać w jednej gromadzie gruczołów limfatycznych, zależnie od okresu sprawy chorobowej w tym lub owym gruczole; w jednym gruczole znajdują się zazwyczaj głównie pewne tylko postacie prątka, i tak n. p. w starych ogniskach serowatych głównie postacie długie, postacie łańcuszkowe i t. p. — Wreszcie zauważając, że gruczoły limfatyczne posiadają znaczenie filtrów, zatrzymujących bakterye, niszczących lub osłabiających je i w ten sposób chroniących ustrój, że jednakże przy zbyt silnem zakażeniu czynności tej wykonać nie mogą, owszem same ulegają schorzeniu i stają się rozsadnikiem zakażenia w ustroju, zaleca d'A. gruczoły limfatyczne „zołzowe" usuwać jaknajwcześniej zapomocą zabiegów chirurgicznych.

Ciechanowski.

Marfan: **O żołądkowo-jelitowych zaburzeniach następowych w wieku dziecięcym.** *(Archiv für Kinderheilkunde,* T. XXIX, Z. V i VI). Jakkolwiek pracę tę należy uważać za tymczasowe doniesienie i za zapowiedź obszerniejszego jej opracowania, to jednak myśl tu rzucona zasługuje na dokładniejsze rozpatrzenie. Patologia doświadczalna poucza, że w przebiegu chorób zakaźnych, których punktem wyjścia nie jest przewód pokarmowy, zauważono zmiany w żołądku, jelitach i w wątrobie, powstające bądź pod bezpośrednim wpływem odpowiednich drobnoustrojów, bądź też toksyn, przez nie produkowanych. Charrin wykazał, że obrażenia błony śluzowej jelit łatwiej powstają przez wstrzyknięcie toksyn do naczyń krwionośnych, aniżeli przez podawanie na wewnątrz. Wnosić więc z tego można, że błona śluzowa przewodu pokarmowego i wątroba są drogami, któremi się drobnoustroje, względnie ich toksyny, wydzielają. Nie jest to jednak jedyna przyczyna powstawania następowych zaburzeń żołądkowo-jelitowych; gorączka i ogólny zapad sił zmniejszają ilość wydzielanego soku żołądkowego, czynią go obojętnym, zmniejszają wydzielanie żółci i soku trzustkowego, a tem samem sprzyjają zakażeniu samoistnemu (endogen). Przechodząc do pojedynczych gromad chorobowych, czyni uwagę Marfan, że prawie połowie przypadków odry u osesków towarzyszy rozwolnienie czy to w samym początku choroby, czy też w dalszym przebiegu, czy też w okresie łuszczenia. Ma ono przebieg łagodny, albo przybiera postać czerwonki. Grypa u osesków nadzwyczaj rzadko przebiega bez zaburzeń ze strony żołądka i jelit, a powstają one bezwątpienia pod wpływem działania prątków grypowych lub ich toksyn na błonę śluzową żołądka i jelit. W toksycznych postaciach błonicy bardzo często pojawia się brak łaknienia, wymioty i rozwolnienie, a badania na zwierzętach przez wszczepienie prątków Löfflera lub ich toksyn wykazały również powstawanie zapalenia błony śluzowej przewodu pokarmowego. W przebiegu zakażeń gronkowcami lub łańcuszkowcami rozwolnienie pojawia się tak często, iż zazwyczaj trudno rozstrzygnąć, czy rozwolnienie jest pierwotnem, czy następowem. Zdaje się, że objawy żołądkowo-jelitowe u osesków, dotkniętych kiłą lub gruźlicą, powstają pod wpływem toksyn odpowiednich drobnoustrojów. Nieżyt nosa, zapalenie nieżytowe jamy ust i pleśniawki (soor), ostre zapalenie gardła i zapalenie migdałka trzeciego powodują zazwyczaj w trzecim lub czwartym dniu choroby rozwolnienie o przebiegu zwykle łagodnym. Często występują równocześnie: zapalenie ropne ucha środkowego i schorzenie żołądka i jelit, a nierozstrzygnięty jest spór, czy zapalenie ucha jest pierwotne, czy następowe. Że zaś między obydwoma schorzeniami zachodzi związek bezpośredni, dowodem tego jest wykazanie tego samego drobnoustroju *(bac. pyocyaneus)* w obydwóch miejscach. Choroby narządu oddechowego, jak: zapalenie krtani, oskrzeli, zapalenie płuc ogniskowe i dławcowe powodują zaburzenia w trawieniu, wywołane dostaniem się łańcuszkowca, gronkowca i pneumokoka do przewodu pokarmowego. Voa i Uffreduzzi wstrzykując pneumokoki podskórnie królikowi, spowodowali rozwolnienie z objawami ogólnej posocznicy, a sekcya wykazała diplokoki w ścianie jelita. Jakkolwiek przypuszczać można, że drobnostroje dostają się przez połykanie do żołądka i przez prawidłowy sok żołądkowy ulegają zniszczeniu, to jednak u oseska na ten środek ochrony ustroju liczyć w zupełności nie można, gdyż sok żołądkowy jest słabo kwaśny, mało jest kwasu solnego, a skuteczność działania soku trzustkowego jest słabsza, aniżeli u dorosłych. Przytem warstwa mięsna żołądka i jelit słabiej rozwinięta, kał jest półpłynny, a to wszystko przyczynia się do pomnożenia drobnoustrojów i lepszego wessania toksyn. Ustrój oseska ma więc mniej środków obrony przed drobnoustrojami i ich toksynami. Co do strony klinicznej, to zaburzenia żołądkowo-jelitowe następowe mogą występować pod najrozmaitszemi postaciami.

Jan Landau.

Koplik (Nowy-York): **Kur** (Rubeola). *(Archiv für Kinderheilkunde,* T. XXIX, Z. V i VI). Zastanawiając się nad rozpoznaniem różniczkowem kuru od odry i płonicy i zwracając uwagę na trudności rozpoznawcze, zaznacza Koplik, że kur stanowi chorobę *sui generis*, dającą się obecnie dokładnie odróżnić od odry i płonicy. Jakkolwiek kur pojawia się w miejscach, w których panuje odra, to jednak niema z nią nic wspólnego, nie chroni osobników, które go przebyły, przed odrą, a na odwrót pojawia się u osobników, które przebyły odrę, przytem jeden napad nie chroni osobnika przed dalszymi napadami. Wiek i płeć nie mają wpływu na chorobę. Wysypka jest zupełnie podobna do odrowej i bywa niekiedy poprzedzona silnem zaczerwienieniem twarzy. Błony śluzowe są wolne od wszelkiej wysypki. Najważniejszy jest wynik badania błony śluzowej policzków; tu nie znajduje się bowiem charakterystycznych dla odry t. zw. „plam Koplika" (plamy różowe z niebieskawo-białym punkcikiem w środku), a błona śluzowa zachowuje swą barwę blado-różową. Z pojawieniem się wysypki na twarzy ciepłota ciała się podnosi i w przeciągu kilku godzin opada *per crisim.* Na uwagę zasługuje jeszcze obrzmienie gruczołów chłonnych poza mięśniem mostko-obojczyko-sutkowym i zaczerwienienie gardła. W końcu czyni uwagę K., że stosunek kuru do odry jest ten sam, jak ospicy do ospy.

Jan Landau.

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie dnia 21 listopada 1900.

Obecnych członków 39

Przewodniczący kol. prof. Wachholz.

I. Odczytano i przyjęto protokół z ostatniego posiedzenia.

II. Przyjęto jednogłośnie listę członków Komitetu przedwyborczego, zaproponowaną przez Komitet Tow. lek.

III. Kol. prof. Kader demonstruje: a) preparat otrzymany z podudzia, odjętego z powodu zgorzeli (gangraena praesenilis pedis) u chorego 34-letniego. Wypreparowanemi zostały tętnice: kolanowa, goleniowa przednia i tylna, oraz strzałkowa; ściany ich przedstawiają obraz stwardnienia tętnic węzłowatego, zamykającego w kilku miejscach światło naczynia w zupełności. Odcinki naczyń między poszczególnemi miejscami zwężonemi wypełnione skrzepami krwi (jedna z tętnic okazuje tylko 3 zwężenia miażdżycowe, a reszta naczynia na całej przestrzeni zaczopowana). Mamy tu do czynienia ze sprawą miażdżycową w wieku młodym. Pacyent od roku miewał bóle napadowe w prawej nodze i zjawiska chromania z przerwami (Claudication intermittente Charcot). Wkrótce pojawiły się silne bóle w palcu dużym tejże nogi, który równocześnie zaczął czernieć, a sprawa ta posuwała się coraz dalej. W dniu przyjęcia większa część stopy była zgorzelą zajęta. Mimo stosowania ciepła, spokoju, jodku potasowego wewnętrznie, obumarcie posuwało się zwolna naprzód, bóle się coraz bardziej wzmagały i nie dozwalały choremu nawet w nocy zasnąć. Tętnica kolanowa przestała tętnić. Dnia 19 b. m. wykonał prelegent odjęcie kończyny sposobem Grittiego. Zaczopowana t. podkolanowa i reszta naczyń w kolanie nie krwawiły. Skrzep z t. podkolanowej wydobyto przy pomocy zgłębnika. Wobec tych warunków odjęto powtórnie 5 ctm. wyżej, poczem wystąpiło krwawienie, jakkolwiek słabe.

Zgorzele tego rodzaju należą u nas do rzadkości; — w krajach północnych częściej bywają napotykane; o ile się zdaje nie mają nic wspólnego z kiłą, lecz są wynikiem samoistnej sprawy miażdżycowej w młodym wieku, występują pod postacią stwardnienia tętnic węzłowatego, rzadziej rozlanego. Często musimy odejmować obie nogi. Staraniem naszem powinno być odjęcie jak najniżej; z drugiej strony winniśmy dbać o stworzenie kikuta dobrze odżywionego. W tym względzie kierujemy się tem, czy tętnice w miejscu odjęcia członka, wzglę-

dnie przynajmniej jedna z nich, krwawią należycie. W naszym przypadku wydobyto z tętnicy kolanowej skrzep i w ten sposób uzyskano przynajmniej częściowy dopływ krwi Czy pomimo tego nie nastąpi zgorzel kikuta, trudno obecnie przesądzać. Niestety, nie mamy dotąd środka zwalczającego tego rodzaju miażdżycę. Bóle, zaczopowanie tęt. grzbietowej stopy, chromanie z przerwami, uczucie mrowienia w dotkniętej stopie przestrzegają nas zwykle o grożącej katastrofie. Stosunkowo najwięcej jeszcze korzyści przynieść mogą kąpiele słone, przy równoczesnem podawaniu jodku potasowego (1,0 dziennie w ciągu miesięcy). W kile i cukrzycy należy stósować leczenie przedewszystkiem przyczynowe. Winiwarter tłómaczył powstawanie tego cierpienia przez zapalenie śródtętnicze z zaczopowaniem (endarteritis obliterans). Dopiero Zöge v. Manteuffel i jego uczniowie Wein i Schindler, a później Bunge, asystent Eiselsberga, wykazali, że mamy tutaj do czynienia z wyżej wymienionem stwardnieniem tętnic węzłowatem, czasami zaś z jego kombinacyą, z miażdżycą rozlaną i z następowem tworzeniem się skrzepów i ich organizacyą.

b) Drugim przez kol. prof. Kadera przedstawionym przypadkiem była operacyjnie uleczona rwa wszystkich trzech gałęzi n. trójdzielnego, a mianowicie przez wycięcie (ekstyrpacyę) zwoju Gassera. Kobieta 30-letnia od lat 11 dotknięta tem cierpieniem, była kilkakrotnie z tego powodu operowaną. *(Neurotomia n. supra-infraorb talis et mandibularis)*. Po nieznacznych i krótkotrwałych ulgach wracała choroba z coraz większem natężeniem. W ostatnich miesiącach pacyentka z powodu bólów nie opuszczała łóżka i spędzała noce bezsennie. Prelegent operował sposobem Krause-Hartley z tą różnicą, że użył prostokątnego skórnokostnego płatu. Tętnica szczękowa wewn. nie została poprzednio podwiązaną. Przy odchyleniu płata tętnica oponowa średnia *(art. mening. media)* została w dwóch miejscach przerwaną, wskutek czego powstał dosyć znaczny krwotok. Zatamowano go wprowadzeniem gazy do otworu ościstego (foramen spinosum). Zwój był nieprawidłowo w całości objęty oponą twardą. Po typowej neurotomii II i III gałęzi ujęto zwój w kleszczyki i wyrwano w sposób zwykły z otoczenia. Silny krwotok z zatoki jamistej stłumiono również tamponadą, ranę czaszki częściowo zaszyto Po 7 dniach wyjęto tampony bez krwotoku. Obecnie rana zgojona w całości, pacyentka bólów nie doświadcza, czuje się zupełnie zdrową i jest nad wyraz szczęśliwa; jedynie skarży się od czasu do czasu na »obce« uczucie w głowie. Rogówka prawa znieczulona, ponieważ jednak powieki zamykają się w zupełności, więc przy odpowiedniem zachowaniu się pacyentki, nie grozi jej na razie żadne niebezpieczeństwo. (Streszczenie własne).

W dyskusyi kol. Żydłowicz zapytuje prelegenta, w jakim wieku był chory z stwardnieniem tętnic węzłowatem, czy nadużywał napojów wyskokowych, dlaczego podawano choremu jod przed wykonaniem zabiegu? czy podejrzywano tło kiłowe w tym przypadku? a jeśli tak, dlaczego nie podano rtęci pod postacią wcierań, zanim przystąpiono do operacyi?

Prelegent odpowiada, że w jego przypadku wywiady tła kiłowego nie wykazały, że podawano jod dlatego, że on często działa w przypadkach bez tła kiłowego.

W odpowiedzi preleg. kol. Żydłowicz zaznacza, że w zmianach kiłowych naczyń i układu nerwowego, według jego zdania, a i zdania ogółu syfilidologów, jod ma mały wpływ dodatni na ustępowanie tych zmian, a czasem niema żadnego, nawet przez czas dłuższy podawany. Dlatego to radzą autorowie obok jodu podawać rtęć, której wpływ dominujący na ustępowanie zmian kiłowych jest od dawna znany. Kol. Żydłowicz nie może twierdzić stanowczo, jakoby w tym przypadku rtęć musiała pomódz choremu, zwłaszcza, że zmiany w tętnicach były tu daleko posunięte i naczynia tętnicze zaczopowane skrzepami krwi, o czem się podczas wykonywania zabiegu przekonano; radzi jednak w podobnych przypadkach, gdzie idzie o utratę kończyny, bardzo dla chorego bądźcobądź dotkliwą, przeprowadzić poprzednio energiczne leczenie rtęcią, a może się, zdaniem jego, nawet nie tak rzadko przydarzyć, że choremu tem leczeniem zachowawczem uratuje się kończynę. Że takie przypadki wydarzyć się mogą, podaje kol. Ż. opis przypadku zgorzeli palców u obu nóg, który miał sposobność spostrzegać z nim także obecny tu kolega Górski. Chorego z powodu zmian na skórze (e pediculosi) przesłali lekarze do tutejszej kliniki chorób wenerycznych poczem po wyleczeniu choroby skórnej miano mu odjąć kończyny dolne poniżej kolan. Od chorego, którego i sfera umysłowa była przyćmioną, nie można się było niczego dowiedzieć co do przebytej kiły. Pomimo tego, podejrzywając zmiany kiłowe w naczyniach z następową zgorzelą, podaliśmy choremu rtęć pod postacią wcierań. Skutek tego leczenia był taki, że w krótkim czasie zgorzel się ograniczyła, palce się oddzieliły, a w miejscu oddzielenia się zaczęła się wytwarzać zdrowa ziarnina tak, że po skończonem leczeniu rtęcią (chory zrobił razem 40 wcierań po 4 grm. dziennie) sprawa zakończyła się zupełnem zabliźnieniem. Kol. Ż. miał sposobność jeszcze po roku przypadek ten spostrzegać i mógł stwierdzić, że do nawrotu choroby nie przyszło.

Na dowód, że rtęć, a nie jod, jest lekiem rozstrzygającym w tych przypadkach, gdzie podejrzywamy tło kiłowe sprawy chorobowej, chociaż chory do przebytej kiły się nie przyznaje, przytacza kol. Ż. jeszcze jeden przypadek, spostrzegamy przez niego w tutejszej klinice chorób wewnętrznych, gdy był jeszcze słuchaczem medycyny. Chorego, przedstawiającego objawy porażenia połowiczego, u którego zmian w sercu nie wykazano, który o przebyciu kiły nic sobie nie przypominał, leczono przez 4 miesiące roztworem jodku potasowego (8: 200 3 łyżki dziennie), chcąc w ten sposób przyjąć lub wykluczyć tło kiłowe zmian porażnych. Pomimo tego nawet poprawy objawów chorobowych nie uzyskano. Podano wtedy rtęć pod postacią wcierań 4 gramowych, a skutek tego leczenia był taki, że po zrobieniu 40 wcierań, mowa, przedtem niezrozumiała, bełkocząca, stała się prawie prawidłową, władza w kończynach powróciła, również i czucie, pozostał tylko mały niedowład, co nie jest już winą rtęci, ale spóźnionego leczenia rtęcią, z powodu czego nastąpiły w układzie nerwowym trwałe zmiany następowe (Streszczenie własne).

IV. Kol. Dr. Chlumsky: Korzystając z łaskawego zezwolenia Pana Przewodniczącego, pozwalam sobie zademonstrować przypadek, który tak co do choroby samej, jako też co do dalszego jej przebiegu należy conajmniej do wielkich rzadkości.

Przed 7 tygodniami przywieziono do kliniki chirurgicznej chorą z objawami ciężkimi niedrożności jelit *(ileus)*. Od 3 tygodni trwają bóle w brzuchu, od 5 dni zaparcie stolca, wymioty, ciepłota podniesiona, tętno wyżej 100; wejrzenie hipokratyczne, ogromny upadek sił. Brzuch miernie wzdęty, w dolnej jego części guz wielkości głowy dziecka, kształtu owalnego, przesuwalny, twardy. Nie pozostawał on w żadnym związku z macicą, przy badaniu przez odbytnicę i przez pochwę z łatwością jednak wyczuwać się dawał. W jamie brzusznej płyn wolny. Rozpoznaliśmy wewnętrzne uwięźnięcie jelita, ewentualnie jego skręcenie. Przystąpiono natychmiast do laparotomii. W jamie brzusznej ciecz krwawo-ropna, w dość znacznej ilości; zmętnienie otrzewnej ściennej i jelitowej; tu i ówdzie strzępiaste naloty. Guz, który dawał się poprzednio wyczuć przez powłoki brzuszne, odpowiadał okręconej koło swej osi okrężnicy wstępującej i dolnej części jelita biodrowego. Skręcenie w kierunku przeciwnym skazówce zegarowej.

Odkręciłem pętlę i znalazłem przytem, że dolny koniec jelita cienkiego wraz z jelitem ślepem i wyrostkiem robaczkowym był wgłobiony do okrężnicy wstępującej na przestrzeni około 20 ctm. Część skręcona była sino zabarwiona, mocno obrzękła, pokryta złogami wypociny, w kilku miejscach zgorzelinowo zmieniona, przedewszystkiem na szyjce skręconej pętli. Zreponowanie wgłobienia okazało się niemożliwem; pętla naderwała się przy tym rękoczynie, z miejsca naddarcia wylało się kilka kropel ropy. Zapad, jaki podczas operacyi wystąpił, nakazywał kończyć możliwie najszybciej operacyę.

Wydobyłem całą część jelita wgłobionego na przednią ścianę brzucha, założyłem enteroanastomozę pomiędzy poprzecznicą i dolnym końcem jelita biodrowego, zeszytą część odprowadziłem do jamy brzusznej, część wgłobioną jelita pozostawiłem na wierzchu rany brzusznej, umocowawszy ją do brzegów rany kilku szwami. O wycięciu nie mogłem myśleć, trwałoby conajmniej 10—20 minut; przy tak silnym zapadzie byłoby to rzeczą nader ryzykowną. Jamę brzuszną o ile możności osuszyłem, — wytamponowałem sposobem Mikulicza, trzema szwami zacieśniłem ranę w powłokach brzusznych.

Po operacyi ciężki zapad trwał przez dni 3, zwolna chora przychodziła do sił. W 6—10 dni po operacyi wyjęto tampony. Ropnie, na wydobytej pętli i koło niej powstałe, otworzono. Powoli i pętla zaczęła wracać do siebie, — miejsca zmartwiałe (4—5) oddzieliły się bez wywołania przebicia, pozostawiona na wierzchu część pętli ściągała się zwolna, ale ustawicznie. Przed 10 dniami pętlę, przedstawiającą guz wielkości pięści, granulujący, odprowadziłem do jamy brzusznej. Pacyentka obecnie przedstawia się jak następuje: Na przedniej

ścianie brzucha znajduje się rana granulująca, wielkości 5-koronówki, który zapomocą kilku szwów będziemy się starać zamknąć w przyszłości. Pacyentka ma się bardzo dobrze.

Interesującą w tym przypadku jest kombinacya skręcenia jelita ślepego (*volvulus coeci*) z jego wgłobieniem. Skręcenie jelita ślepego samo przez się już należy do rzadkości. Manteuffel zebrał z całego piśmiennictwa 20 tylko takich przypadków Kombinacyi tych dwóch zboczeń chorobowych, t. j. skręcenia i wgłobienia w dostępnem mi piśmiennictwie nie mogłem odnaleźć. Również nadzwyczaj interesującem jest dobrowolne zmniejszanie się pozostawionego na wierzchu guza utworzonego przez wgłobione pętle.

Naprowadzałoby to na myśl, że w podobnych wypadkach możemy bez obawy, a z korzyścią dla chorego tego rodzaju zabieg wykonać i obejść się bez resekcyi jelita. (Streszczenie własne).

Kol. Prof. Kader zaznacza, że przypadek kol. Chlumsky'ego należy do wielkich rzadkości i jest bodaj unikatem. Przytem daje on nam praktyczną wskazówkę na przyszłość, zachowanie się bowiem wgłobionej, już zmartwiałej części jelita i jej »restitutio ad integrum« są ważnymi ze względu na pytanie, jak mamy przy resekcyach żołądka postępować w razie martwicy poprzecznicy, powstałej wskutek podwiązania naczyń w więzadle żołądkowo-poprzecznicowem. Stan odżywienia jej bywa często po tym zabiegu tak silnie upośledzony, że przychodzi do zgorzeli Otóż może możnaby tej smutnej ewentualności uniknąć przez inwaginacyę zagrożonych części okrężnicy poprzecznej. Zmiany w krążeniu po podwiązaniu mogą być pozornie bardzo nieznaczne, a mimo to może zgorzel nastąpić. Niedawno resekował prelegent nowotworowo zmieniony odźwiernik, gdzie po resekcyi w więzadle żołądkowo-okrężnicowem wystąpiła niewielka sinica poprzecznicy na przestrzeni conajwyżej 4—5 ctm. Mimo to rozwinęła się zgorzel prawie całej okrężnicy poprzecznej, którą wprawdzie zaraz na drugi dzień rozpoznano, jednak nie udało się (pomimo laparotomii i wycięcia zmartwiałej części jelita) pacyentki ocalić. Czy więc w tych przypadkach nie byłaby może inwaginacya części podejrzanych najlepszym zabiegiem zapobiegawczo leczniczym?

Już przed kilku laty inwaginował prelegent w podobnym przypadku 8—12 ctm. okrężnicy poprzecznej; uważał to jednak wówczas za »malum necessarium,« przedsięwzięte jedynie dla nieprzedłużenia operacyi resekcyą podejrzanych części. Zabieg się udał, wynik był dobry.

Wobec całego przebiegu sprawy w przypadku Dra Chlumsky'ego prelegent bierze na wzgląd taką inwaginacyę, gdzie przy resekcyi odźwiernika żywotność poprzecznicy jest kwestyonowaną Inwaginacya wtedy jest o tyle trudniejszą, że część inwaginowana nie posiada krezki. (Streszczenie własne).

V. Kol. Doc Bossowski przedstawia: a) Znany już przypadek »megacolon congenitum«, w którym z powodu małych sił dziecka odstąpił od radykalnego zabiegu, polegającego na wycięciu zmienionego jelita, a ograniczył się na założeniu przetoki między odcinkiem jelita cienkiego (w odległości kilkudziesięciu ctm. od przejścia jego w jelita grube) a odbytnicą, (Ileorectostomia) w nadziei, że w ten sposób jelito grube wypocznie i odzyska z czasem swą czynnościową zdolność. — Dziecko wygląda już lepiej, bębnica się utrzymuje, ale jest mniejszą. Obwód brzucha wynosi obecnie 48 ctm., podczas gdy przed operacyą wynosił 54 ctm. Łaknienie ma dobre.

b) Drugi przypadek dotyczył dziewczynki $4^1/_2$ lat liczącej, u której usunął złośliwy guz jajnika, ważący 2.700 grm. Badanie drobnowidowe guza wykazało, że jest to „Sarcoma globocellulare". — Ciekawym objawem u tego dziecka były krwawienia, występujące okresowo i mające charakter krwawień miesiączkowych.

W dyskusyi zabiera głos kol. Doc Kryński, uważając postąpienie w przypadku pierwszym za nieszczęśliwe, gdyż wykluczenie znacznej części jelita cienkiego i całego jelita grubego nie może pozostać obojętnem na odżywienie i siły dziecka. Sam byłby wybrał każde inne postępowanie, tylko nie to, jakiego użył kol. Bossowski.

Kol. prof. Kader sądzi, że w przypadku tego rodzaju, jak ten, kol Doc Bossowskiego. możnaby zastósować zabieg taki, jak „gastroplicatio" tj. „coliplicatio". polegający na wfałdowaniu ku wewnątrz ścian „megacolon". Sam stosował go raz w przypadku, gdzie cała poprzecznica z powodu zwężenia uległa znacznemu rozszerzeniu i zgrubieniu. Było to zwężenie pozapalne, usadowione w ramieniu odprowadzającem jelita esowatego; istniało ono od kilku lat, rozszerzenie powyżej jelita dorównywało grubością obwodowi uda dorosłego mężczyzny. Mimo usunięcia zwężenia, jako takiego, rozszerzenie poprzecznicy i zastoiny wskutek tego nie ustąpiły. Dopiero dokonała tego „coliplicatio", wszystkie chorobliwe objawy, a zwłaszcza uporczywe zaparcie stolca, zniknęły bezpowrotnie. Co się tyczy obaw kol. Doc. Bossowskiego, że „coliplicatio" nie doprowadzi do pożądanego wyniku, to radzi kol. prof. Kader, że wartoby jednak zastósować ją, tembardziej, że nie mamy w rzeczywistości żadnych przeciwwskazań przeciw temu zabiegowi.

Anastomozę pomiędzy „colon pelvicum". a ostatnią pętla jelita biodrowego robił kol. Prof. K. dwa razy: raz z powodu sprawy gruźliczej w jelicie ślepem i większej części poprzecznicy, drugi raz z powodu nowotworu w „flexura lienalis". W obydwu przypadkach rozcięto pętlę jelita biodrowego, część przylegającą do jelita ślepego zaszyto ślepo, koniec zaś doprowadzający wszyto w „colon pelvicum". (Częściowe wyłączenie jelita). W przypadku gruźlicy wynik był doskonały; natomiast w przypadku drugim nie był tak dobry, a to z powodu, że w poprzecznicy wystąpiła zastoina w części wyłączonej t. j. pomiędzy wzrastającym nowotworem a na ślepo zamkniętą częścią jelita biodrowego. Zastoina ta dawała się usunąć mięsieniem wzdętego jelita.

Przed kilku tygodniami operował kol. prof. Kader podobny przypadek i zastósował takie same częściowe wyłączenie chorego jelita. Chodziło tu o nowotwór w poprzecznicy. Koniec jelita biodrowego wszyto poniżej przeszkody, jelito zaś doprowadzające do jelita ślepego zamknięto ślepo. Wynik był początkowo doskonały, wkrótce jednak i tu wystąpiły zjawiska zastoiny miejscowej, ustępującej pod wpływem mięsienia.

Kol. Kader radzi więc przy nowotworach jelit, nie dających się radykalnie usunąć, a wymagających enteroanastomozy, zwykłą entoroanastomozę, nie zaś częściowe wyłączenie jelita, a tem mniej całkowite zajętych części, ze względu niebezpieczeństwa zastoiny.

Kol. Doc. Bossowski zaznacza w odpowiedzi, że w przedstawionym przypadku nie widział wielu dróg do wyboru. — Wycięcie jelita uważał za zabieg, przechodzący siły dziecka; — pozostał mu więc jedynie wybrany przez niego sposób, który nie jest tak nieszczęśliwy, gdyż z jelita cienkiego wykluczył zaledwie kilkadziesiąt ctm., a wykluczenie jelita grubego, jak to wykazały doświadczenia, nie przedstawia nic groźnego dla chorego. Kol. Kryński zaznaczył, że byłby użył innego sposobu, ale sposobu tego nie określił, więc nie można ocenić, czy sposób byłby rzeczywiście lepszy.

VI. XIII międzynarodowy kongres lekarski w Paryżu.

(2—9 sierpnia, 1900 r.).

Sekcya chirurgiczna.

Zestawił *Dr. St. Droba.*

(Ciąg dalszy).

Ziembicki (Lwów). *O wyniku operacyjnego leczenia obustronnej stopy szpotawej.* Mowca przedstawia modele gipsowe chorego, 34 lat liczącego, z obustronną wysoko posuniętą stopą szpotawą wrodzoną. Modele gipsowo zdjęte przed operacyą i po wygojeniu. Chory chodzi zupełnie prosto i na całej stopie, podczas gdy przedtem nie mógł inaczej chodzić, jak opierając się na brzegu zewnętrznym i zewnętrzno-górnej ścianie stopy. Operacya polegała na klinowem wycięciu (Farabeuf-Kocher) szyjki kości skokowej i wyrostka kości piętowej, wyłuszczeniu kości łódkowatej, operacyi Phelpsa i przecięciu ścięgien m. goleniowego przedniego, tylnego i więzu trójkątnego. Mowca jest zdania, że w przypadkach tego rodzaju jedna operacya, polegająca na usunięciu kości skokowej, klinowej tarsektomii i t. d. jest niewystarczająca; — należy łączyć różne zabiegi wedle potrzeby i to nie na jednem, ale na kilku posiedzeniach, tak długo, aż się uzyska prawidłowe ustawienie stopy. Po operacyach nie zeszywa zupełnie rany, lecz tamponuje, a to celem uniknięcia możliwego ropienia, które wpływa w wysokim stopniu niekorzystnie na wyniki leczenia.

Keen (Philadelphia): *Przypadek, w którym podwiązał aortę brzuszną.* U osobnika 52-letniego podwiązał mowca w powodu tętniaka, usadowionego tuż pod przeponą, aortę brzuszną zapomocą

czterech silnych nitek jedwabnych. Czy podwiązka ta założona była powyżej, czy poniżej, pnia trzewnego, na pewno określić nie może; to tylko pewne, że założona była powyżej odejścia tętnic nerkowych. Pomimo tego musiało się wytworzyć krążenie w tętnicy udowej i nerkowych, gdyż nerki były, jak to sekcya wykazała, zupełnie prawidłowe. Chory uchodził za wyleczonego, wstawał i dopiero 40-tego dnia po operacyi zmarł nagle, wśród objawów wewnętrznego krwotoku. Sekcya wykazała, że podwiązka przecięła ścianę tętnicy i że przyczyną śmierci był następowy krwotok. Z 13-tu ogłoszonych przypadków tętniaka aorty, 10 operowanych żyło po 2 dni, jeden 10 dni, jeden 39 dni; przypadek mowcy 40 dni po operacyi.

Bloch (Paryż): *Tarsoptosis i Tarsalgia.* Bloch dzieli choroby stopy, cechujące się bólami, występującymi przy chodzeniu, na dwa działy: *Tarsoptosis i Tarsalgia.* Pierwsze rozpoznaje się po bolesności kości sześciennej, po przypłaszczeniu całego śródstopia i po bólach, występujących po krótkiem chodzeniu. — W cierpieniach działu drugiego brak jest bólu kości sześciennej, a główną ich cechą są zaburzenia odżywcze i bóle, występujące natychmiast, skoro tylko chory opuści stopę do chodzenia i podniesie piętę do góry. — W cierpieniach tych dobre świadczy usługi podeszwa, uniemożliwiająca zginanie przedniej części stopy ku jej części tylnej, a posiadająca okrągłe wycięcie w miejscu, odpowiadającem usadowieniu bólu w stopie.

Vulpius (Heidelberg): *Przeszczepianie ścięgien i jego znaczenie w leczeniu porażeń.* Przeszczepianie ścięgien jest operacyą technicznie łatwą, przedstawiającą bardzo mało niebezpieczeństwo, a dającą zadawalniające wyniki w rozmaitych cierpieniach mięśni. Najważniejsze wskazania do niej są: 1) Urazowe ubytki mięśni i ścięgien; 2) Porażenia mięśni pochodzenia rdzeniowego, szczególnie u dzieci; 3) Porażenia mięśni u dzieci pochodzenia mózgowego; 4) Porażenia połowicze po udarach mózgowych; 5) Choroba Littlego. — Przy porażeniach częściowych przeszczepianie mięśni jest bezwzględnie wskazanem, przy zupełnych zaś porażeniach trzeba wybierać między „Arthrodesis“, a skróceniem ścięgien. Porażenia zupełne są jego zdaniem rzadkie i często zdarza się, że brak jest zupełny czynnych ruchów, a mimo to porażenie nie jest zupełnem. Wynik jest dobry wtedy, jeżeli się przy końcu operacyi uzyska prawidłowe pośrednie ustawienie chorego stawu. Mowca wykonał 160 tego rodzaju operacyi i doszedł do przekonania, że 1) poprawa w ustawieniu kończyny jest trwała i 2) że z poprawą tą idzie w parze powrót mniej lub więcej prawidłowych ruchów czynnych.

Wyniki pooperacyjne poprawiają się często nadspodziewanie pod wpływem leczenia następowego. Im bardziej porażenia są ograniczone, im bliższe sąsiedztwo mięśni zdrowych, im lepiej są utrzymane mięśnie zdrowe, tem świetniejszy wynik. W końcu zależy także wynik od okolicy porażenia; i tak, najlepsze warunki do tej operacyi przedstawia przedudzie, mniej dobre udo, a najtrudniejsze ręka. — Nawroty maleją ze wzrostem doświadczenia. K. w swych operacyach nie poświęcał nigdy mięśnia w zupełności, przyszywał obwodowy odcinek ścięgna mięśnia zdrowego do sąsiedniego mięśnia porażonego.

Ważnym fizyologicznie czynnikiem jest tu zdolność przystosowania się przeszczepionych mięśni do swej nowej czynności.

Moestin (Paryż): *Łagodne postacie zapalenia mięśnia lędźwiowego (psoitis).* Mowca podnosi, że rokowanie w tej chorobie nie jest tak bezwzględnie złe, jak przypuszczano, — a na dowód tego przytacza dwa przypadki, w których po wczesnem i szerokiem nacięciu uzyskał wyleczenie. — Przypadki te nazywa przypadkami łagodnymi, w przeciwieństwie do przypadków ciężkich, w których zapal. m. lędźwiowego jest tylko jednym z objawów ogólnej ropnicy i w których najwcześniejsze otwarcie ropnia nic nie pomaga.

W końcu opisuje przypadek, dotyczący kobiety, która dziesiątego dnia po porodzie zachorowała na zapalenie m. lędźwiowego i wyzdrowiała bez chirurgicznego zabiegu, gdyż zapalenie nie przeszło w ropienie, lecz ustąpiło po zastosowaniu wyciążków na kończynę. Te postacie schorzenia dołączają się zdaniem jego do zapalenia sąsiednich gruczołów chłonnych, — mogą jednakowoż występować także pierwotnie.

Nanu (Bukareszt): *Przypadek, w którym zeszył serce.* W przypadku jego rozchodziło się o ranę kłótą w trzeciem przestworze międzyżebrowym, przeszywającą opłucnę. Chory zmarł 6-tego dnia. W opłucnej znaleziono 2 litry cuchnącego płynu. Szew serca był zupełnie dokładny. Przypadek ten pouczył mowcę, że tak w worku osierdziowym, jak na sercu samem można przedsiębrać różne zabiegi bez szkodliwych następstw. Nitkowate poprzednio tętno przybrało w jego przypadku cechy tętna prawidłowego, skoro tylko szew serca i osierdzia były ukończone. (Dok. nast.)

VII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

W sprawie projektu zniesienia oddziału dla obłąkanych przy szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

napisał
Prof. Dr. Leon Wachholz.

Nie może ulegać wątpliwości, że obowiązkiem społeczeństwa jest, aby dla swych umysłowo chorych członków miały odpowiednie zakłady i przytuliska, których celem są: 1) leczenie tych, którzy lekarskiej pomocy potrzebują i mogą być wyleczonymi; 2) ochrona chorych przed sobą samymi i otoczeniem i 3) ochrona społeczeństwa przed obłąkanymi. Liczba i wielkość tych zakładów winna w ścisłej pozostawać zależności od liczby obłąkanych danego kraju lub państwa. Najwyżej pod względem opieki nad obłąkanymi stoi Anglia, gdzie niemal wszyscy umysłowo chorzy znajdują pomieszczenie w zakładach publicznych. Rozpatrzmy się teraz, jak się przedstawia ta sprawa u nas i w poszczególnych krajach monarchii. I tak istniało [1]) w monarchii austryackiej w roku 1897 30 zakładów publicznych, a 8 prywatnych, z 12,214 łóżkami, które w ciągu roku zajmowało 20,852 chorych. Stosownie do tych liczb wypadał w tymże roku jeden zakład na 607,895 mieszkańców (wedle spisu ludności z roku 1890), jedno łóżko na 1943 mieszkańców, a jeden chory na 1137 mieszkańców, przyczem nie wchodzą tu w rachubę kretyni. Z ogólnej liczby obłąkanych (w przybliżeniu 38,000) znalazło pomieszczenie w zakładach 43·5%, w przytuliskach 10%, a pozostawało bez opieki lekarskiej 46·5%. Odsetkowy ten stosunek przedstawiał się bezwzględnie najniekorzystniej na Bukowinie, gdzie 76·3%, potem zaś w Galicyi, gdzie 72·8% obłąkanych nie znajdowało pomieszczenia w zakładzie. W dalszym ciągu niepomyślnym trzeba nazwać ten stosunek w Dalmacyi (70·3%), Krainie (59%) i w Czechach (51·4%, mimo 6 zakładów, z których 5 krajowych z 4093 łóżkami). Pozornie najniekorzystniej przedstawia się ten stosunek dla Istryi (86·9), ale równoważy się on z najpomyślniejszym stosunkiem Tryestu, który będąc siedliskiem dwóch zakładów miejskiego i krajowego, wykazuje tylko 18·5% wolnych obłąkanych. Przyjrzyjmy się teraz liczbie obłąkanych. I tak najwięcej ich liczebnie posiadają Czechy, razem bowiem z kretynami było ich w r. 1897 około 13,600; po Czechach następuje już Galicya z przeszło 8,000 obłąkanych i kretynów, a potem Austrya dolna z niespełna 8,000. Teoretycznie zwykło się liczyć 3 umysłowo chorych na 1000 mieszkańców; otóż w Czechach wypada jeden obłąkany, względnie i kretyn, na 427, w Galicyi 1:700, w Austryi dolnej zaś 1:350; w całej zaś monarchii przeszło 3:1000 mieszkańców.

Jakkolwiek wedle tego wykazu stosunkowo nie obfituje Galicya w obłąkanych tak, jak inne kraje koronne, mimo to jednak, a nawet tem bardziej, smutnie przedstawia się w niej stosunek chorych, umieszczonych w zakładzie (23·3%) lub przytuliskach (3·9%) do pozostających bez opieki lekarskiej (72·8%).

Wydział krajowy zna już oddawna ten smutny stan i dąży do zaradzenia złemu, lecz dziwnym zaiste jest zbieg okoliczności, że w tem dążeniu pomija wytrawne rady i wskazówki ludzi zawodowych, jacy np. wchodzili w skład umyślnie w tym celu zwołanej w r. 1891 ankiety, a postępuje wedle rad, które z doświadczeniem fachowem niekoniecznie dadzą się pogodzić. I tak chociaż rzeczona ankieta po przemówieniach śp. prof. Blumenstoka i radcy Gaustera sprzeciwiła się ze słusznych powodów koncentracyi wszystkich obłąkanych pod dachem jednego zakładu, to jednak Wydział krajowy dąży ustawicznie do centralizacyi wszystkich obłąkanych pod dachem zakładu kulparkowskiego. Ale zapytajmy

[1]) Liczby wedle „Oester. Statistik 55 Bd. Wien 1900.“

się, dlaczego projekt centralizacyjny należy uważać za błędny? Otóż gdyby Galicya była mniej rozległą, niż jest w istocie, gdyby ona była krainą ludzi wyłącznie zamożnych, to projekt taki mógłby być dla ludności conajwięcej niewygodnym. Tymczasem ten górny tysiąc ludzi zamożnych unika zakładów krajowych i szle swych chorych do prywatnych zakładów wiedeńskich lub zagranicznych. Dalszy tysiąc umieszcza swych chorych w dwóch prywatnych zakładach naszego kraju, a reszta, z konieczności niewybredna, umieszcza swych chorych w zakładach, utrzymywanych kosztem kraju. Przypuśćmy tedy, że istnieje tylko jedyny zakład w Kulparkowie, cóż ma począć ubogi urzędnik lub co gorsza, wyrobnik z zachodniej Galicyi, gdy w rodzinie jego wydarzy się choroba umysłowa? Czy może być dlań obojętnym koszt przewozu chorego, n. p. z Krakowa do Kulparkowa i niezbędnych w tym czasie opiekuna lub opiekunów? czy może być dlań obojętną utrata zarobku przez czas jego wyjazdu, a wreszcie i ta okoliczność, że nie może on mieć nadziei częstszego lub zgoła odwiedzania chorego? Tak więc wzgląd humanitarny sprzeciwia się już projektowi centralizacyjnemu. Drugi wzgląd jest administracyjny i lekarski. Już ś. p. Gauster podniósł na pierwszem posiedzeniu ankiety w r. 1891, kiedy zastanawiano się nad sprawą rozszerzenia Kulparkowa „że przy wyższej liczbie chorych nad 300 trudno jest jednemu dyrektorowi zakładem kierować,“ a ja tu dodałbym, że trudno, a nawet niemożliwem jest dlań otoczyć taką liczbę chorych niezbędnym nadzorem; że zaś taki nadzór lekarski w zakładach dla obłąkanych jest potrzebny, zbytecznem byłoby udowadniać. Co się tyczy rozmiarów, to wiadomo, że najodpowiedniejsze są zakłady średnie, o tem wie nietylko specyalna wiedza, ale także i architekci. I tak, A. Funk,[1]) nadradzca budownictwa i tajny radca rządowy w Hanowerze powiada: „die mittleren Irren-Anstalten für 150 bis 400 Kranke bilden die überwiegend grosse Mehrzahl, weil die kleinen Anstalten (für 50 bis 150 Kranke) verhältnissmässig theuerer und daher nur für kleinere Ländergebiete geeignet sind, während es in grossen Ländern oder Provinzen zweckmässig gehalten wird anstatt sehr grosser concentrirter Anstalten, (über 400 Kranke) solche in den Provinzen thunlichst zu vertheilen, damit die Wege zu denselben nicht zu weit sind und endlich weil es für die Aerzte schwer ist, eine noch grössere Zahl von Kranken als 300 bis 400 nach der Individualität genügend sorgsam und mit Erfolg zu behandeln.“ Tak architekt, a nie lekarz, Funk; a teraz rozpatrzmy się, jak w tym względzie postąpiono już nie w cesarstwie niemieckiem, odznaczającem się wzorowymi zakładami dla obłąkanych, lecz w krajach koronnych naszej monarchii. I tak w Austryi dolnej o tyle od Galicyi mniejszej a zamożniejszej, istnieje oprócz rządowej kliniki i stacyi obserwacyjnej przy szpitalu powszechnym w Wiedniu, 5 zakładów krajowych, t. j. w Wiedniu (na 700 łóżek), w Kierling-Gugging (na 600 łóżek), w Ybbs (na 450 ł.), w Klosterneuburgu (na 510 ł.), w Langenlois (na 184 ł.); w Styryi oprócz kliniki rządowej w Gracu, krajowy zakład w Feldhof z filiami w Kainbach, Lankowitz i Hartberg (razem na 681 ł.) i w Schwarzberg (na 186 ł.); w Tyrolu, oprócz kliniki rządowej w Insbruku dwa krajowe zakłady i jedna krajowa stacya obserwacyjna, a to w Hall (na 300 ł.) Pergine (na 240 ł.) i w Bozen (st. obserw.); w Czechach 5 krajowych zakładów, a to w Pradze (na 1370 ł.), Dobżan (na 1450 ł.) Kosmanos (na 858 ł.) Berkowicach (na 415) i Vobożan (na 283 ł.), wreszcie na Morawach dwa krajowe zakłady, t. j. w Bernie (na 445 łóżek) i w Allhütten (na 450 ł.) Wobec tego rozmieszczenia zakładów w krajach koronnych mniejszych, niż Galicya, a posiadających zamożniejszą ludność i o wiele gęstszą sieć kolejową, projekt centralizacyi obłąkanych w Galicyi na gruncie Kulparkowa wydaje się może oryginalnym, ale ze względów już podniesionych wysoce niewłaściwym i błędnym. I jeszcze jeden wzgląd przemawia przeciw temu projektowi. I tak już ankieta w r. 1891 rozważała sposoby zaradzenia brakowi obznajomienia młodych naszych lekarzy z praktyczną psychiatryą. Wprawdzie wykształcenia psychiatrycznego winien nabyć lekarz jeszcze w czasie swych studyów w uniwersyteckiej klinice tak, jak nabywa wiadomości z praktycznej chirurgii, medycyny wewnętrznej itd.; ale wiadomo, że to uniwersyteckie wykształcenie medyka w naukach, opartych na doświadczeniu, nie wystarcza dla przyszłego jego zawodu i że dlatego wskazanem jest, aby on przed rozpoczęciem samodzielnej praktyki w stosownych oddziałach szpitalnych lub klinicznych swe doświadczenie praktyczne uzupełnił. Jeżeli tedy będzie w kraju istniał tylko jeden zakład i to znacznie oddalony od jednego Wydziału lekarskiego najstarszej naszej szkoły głównej, to znaczny zastęp młodych lekarzy nie znajdzie możności uzupełnienia po doktoracie swego doświadczenia w zakresie psychiatryi. Temu złemu, wynikającemu z centralizacyi zakładów dla obłąkanych, nie zapobiegnie utworzenie uniwersyteckiej kliniki psychiatrycznej, przeznaczonej w pierwszym rzędzie dla uczniów.

Z tego, co do tej chwili nadmieniłem, wynika już dobitnie, jak nieodzownie potrzebny jest drugi zakład dla zachodniej Galicyi, a już conajmniej utrzymanie dotychczasowego pawilonu dla obłąkanych w szpitalu św. Łazarza. Doniosłości dzisiejszego pawilonu dla obłąkanych w Krakowie dowodzi także i sama frekwencya chorych, rocznie w nim leczonych. Na 115 łóżkach tego pawilonu w ciągu roku 1897 spoczywało 446 chorych, mimo że czas leczenia chorych umysłowych jest przeciętnie znacznie dłuższy od czasu leczenia innych chorób. Podczas gdy w zakładach w Pradze, Wiedniu, Feldhof, Allhütten itd. stosunek łóżek do liczby chorych, leczonych w ciągu r. 1897, był taki, że jedno łóżko było w ciągu tego roku zajęte przeważnie przez dwóch chorych po sobie, czyli że chorzy zmieniali się w ciągu roku tylko raz, dalej gdy w zakładach jak: w Gugging, Ybbs, Berkowicach, Valdune itd liczba łóżek równała się niemal rocznej liczbie chorych; wreszcie podczas gdy stosunek ten w Kulparkowie wynosił w roku 1897 jedno łóżko na dwóch chorych, to w pawilonie krakowskim spoczywało w ciągu roku na jednem łóżku czterech (!) chorych, czyli że cztery razy w roku musieli się zmienić chorzy. Powiadam, musieli się zmienić, bo z powodu nawału chorych, musiano jako tako podleczonych lub chwilowo uspokojonych chorych wydalać, by znaleźć miejsce dla nowych więcej niebezpiecznych lub więcej leczenia w danej chwili potrzebujących. Ta okoliczność, toć chyba także ważny dowód nieodzownej potrzeby zakładu w zachodniej części kraju, a w szczególności w Krakowie, który nadto w wykazie statystycznym za rok 1897 figuruje ze znacznie wyższą liczbą obłąkanych (51), niż stolica kraju, t. j. Lwów (40). Że zaś Kraków w tem smutnem współzawodnictwie ze Lwowem odnosi boleśne zwycięstwo, tłómaczyć trzeba wyższym stopniem oświaty jego mieszkańców, albowiem jak doświadczenie uczy, tam gdzie wyższa oświata, niestety i więcej obłąkanych. (C. d. n.)

[1]) Handbuch der Architektur von Prof. Durm, Ende i t. d. Darmstadt 1891 5 Halbband 2 Heft str. 29.

W sprawie organizacyi lekarzy galicyjskich.

Kolega Dr. Kazimierz Flis złożył na „fundusz zaopatrzenia wdów i sierót po lekarzach“ przy zawiązać się mającem Towarzystwie samopomocy kwotę 36 koron, którą tytułem honoraryum, wskutek wniesionego pozwu zapłacił pacyent kol. Flisa, pan S. O., przed wyrokiem w drodze ugody w dniu 6-tym grudnia b. r. w tutejszym Sądzie powiatowym cywilnym.

Kwota ta, stósownie do życzenia kol. Flisa, złożoną zostanie na książeczkę pow. Kasy oszczędności Nr. 31840 i dołączoną do ofiarowanych poprzednio przez innego kolegę 200 koron.

Dr. Langie,
sekretarz Komisyi organizacyjnej.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków 13 grudnia 1900.

* W ostatnim zeszycie »Nowin Lekarskich« czytamy następujące oświadczenie »od Redakcyi«:

»Stosując się do życzeń wielu kolegów, a mając zarazem na uwadze cenne uwagi kol. Dunina, umieszczone w »Krytyce Lekarskiej«, a tyczące się reformy prasy lekar. polskiej, „Nowiny Lekarskie« w roku przyszłym uwzględniać będą przeważnie dział referatowy. Prenumerata pozostaje ta sama, jak dotychczas. »Nowiny Lekarskie« wychodzić będą na początku każdego miesiąca.«

* Z łaskawie nam nadesłanego projektu Statutu mającej się zawiązać Kasy zapomogowo-pensyjnej przy Izbie lekarskiej wsch. gal. wyjmujemy parę paragrafów, najwyraźniej przedstawiających zamiary Izby: § 2) Celem Kasy jest: a) dostarczenie członkom Izby lek. wsch. gal. zapomóg zwrotnych i bezzwrotnych; b) wspieranie materyalnie podupadłych lekarzy, lub lekarzy inwalidów, t. j. niezdolnych do pracy czasowo lub trwale, ewentualnie ich wdów i sierót. § 3) Członkiem instytucyi jest z obowiązku każdy lekarz, przynależny do Izby lek. wsch. gal. § 5) Członkowie są obowiązani: a) zapłacić wpisowe 10 kor. b) płacić do Kasy zapomogowo-pensyjnej miesięczną wkładkę, która dla przystępujących przed 30 r. życia wynosi 2 kor. miesięcznie; przed 40 r. życia 3 kor. miesięcznie; dla przystępujących po 50 r. życia do 60 r. życia 5 kor. mies. Po 60 r. życia członkowie są uwolnieni od obowiązku przystąpienia do Kasy; mogą atoli na prośbę być przyjęci przez Izbę, która im oznaczy wysokość opłaty § 6) Członek utraca swoje prawa a) przez przeniesienie się do innej Izby lekar., lub ustawowe z niej wystąpienie; b) wskutek śmierci; c) wskutek zaniechania zawodu, chyba że zobowiąże się do dalszego płacenia wkładek, na co Izba zgodzić się musi.

* We Lwowie zawiązał się Komitet dla budowy miejskiej lecznicy ludowej dla chorych gruźliczych. Przewodniczącym Komitetu wybrano prezydenta miasta Dra Małachowskiego; jego zastępcą protomedyka Dra J. Merunowicza, sekretarzem Dra W. Legieżyńskiego.

* Stopień Doktorów wszechnauk lekarskich w Uniw. Jagiell. otrzymali: Oton Loewy i Maksym. Tschapka.

* N. 140 »Odczytów klinicznych« zawiera rozprawę prof. Ant. Gluzińskiego »O leczeniu wrzodu żołądka.«

* III-ci Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich odbędzie się 25 do 29 maja 1901 r. Na prezesów honorowych wybrani zostali profesorowie: W. Čelakovský, B. Eiselt, A. Frič, I. Hraský, K. Kořistka, I. Schöbl, F. Studnička, I. Solin, K. Zenger, Kolaček, prezes Akad. Umiejęt. Hlávka i F. Křižik. Przewodniczącym Komitetu gospodarczego wybrany został prof. Hlava, jego zastępcami prof. Dr. Strouhal i prof. Veyr, generalnym sekretarzem doc. Dr. Veselý. (»Časopis lék. č.« No 49).

* Trzeci zeszyt »Słowiańskiej Bibliografii lekarskiej,« ułożony przez Dra Jana Semerada, opuścił prasę i stanowi najsumienniej zestawiony wykaz dorobku piśmienniczo-naukowego lekarzy słowiańskich. Podnosimy z uznaniem to pożyteczne wydawnictwo redakcyi „Časopisu lékařů českých.“

* Najwyższa Rada zdrowia obradowała w Wiedniu dn. 1 grud. Między innemi roztrząsano dwie sprawy ogólniejszego znaczenia, mianowicie; 1) określenie, jakie mają być wymagane warunki, upoważniające do tytułu i prawa praktyki specyalnej i 2) wyjaśnienie pojęcia „praktyka lekarska“ w znaczeniu ustawy Izb lekarskich.

* W Berlinie ustawiono w auli uniwersyteckiej popiersie marmurowe prof. Langenbecka.

* Angielski Kongres dla walki z gruźlicą zbierze się d. 22 lipca 1901 r. pod przewodnictwem ks. Walii.

* „Medical Record“ donosi, że wojsko Stanów Zjednoczonych północnej Ameryki odczuwa wielki brak lekarzy.

* Trzeci wszechamerykański Zjazd lekarski odbędzie się w Hawanie d. 26—29 grudnia r. b. Wszelkich wiadomości udziela sekretarz Dr. Thomas V. Coronado (Habana, Prado, 105).

* Prezesem Izby lekarskiej wiedeńskiej wybrany został prof. I. Heim, jego zastępcą Svetlin.

* Po odjechaniu z teatru wojny w południowej Afryce europejskich ambulansów, Boerowie odczuwają wielki brak lekarzy. Niemiecki ogólno lekarski związek zwraca na to uwagę lekarzy i oświadcza, że chcącym się podjąć obowiązków polowych lekarzy pierwszej pomocy, związek dostarczy funduszów na podróż i wyekwipowanie się. W ogłoszeniu tem nie powiedziano, czy dotyczy ono tylko lekarzy niemieckich, lub też i innych narodowości.

Mianowania i odznaczenia. Dr. H. Fehling, mian. został prof. kliniki ginekol. w Strasburgu.

Nekrologia. Zmarli: Dr. A. Podriez, prof. chirurgii w Charkowie. Dr. Spinola, dyrektor berlińskiej *Charité*, zmarł w Berlinie. Dr. Embleton b. prof. medycyny w Durham University College, zmarł w Newcastle. Dr. Noyes, prof. okulistyki, zmarł w New-Yorku. Dr. Bronisław Wagner, okulista warszawskiego szpitala dzieci, zmarł w 34 r. życia Dr. Grzegorz Wirpsza, wiceprezes Towarz. lekar. samarskiego, lekarz szpitalny, zmarł w Samarze.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich: W *Krytyce Lekarskiej* Nr. 12: Dr. Wrzoska A.: O kierunkach we współczesnej medycynie. Muttermilcha A.: Kilka słów w sprawie analiz moczu. Kramsztyka M.: „A napisz pan testament.“ Dr. Wizla A.: Stosunek psychologii do psychiatryi (c. d.). Dr. Srebrnego Z.: Polemiczny artykuł: W sprawie reformy naszej prasy lekarskiej. W *Postępie Okulistycznym* (listopad): Noiszewskiego K.: Hidroelektryzacya oka. Dr. Talko I.: Meningocele intraorbitalis posterior (c. d.). Dr. Bednarskiego A.: Dalsze dwa przypadki zaniku okrężnego naczyniówki i siatkówki (dok.). W *Medycynie* Nr. 49: Palmirskiego Wł. i Karłowskiego Z.: Wyniki szczepień ochronnych według metody Pasteura w r. 1899. Dr. Helmana D.: Kilka uwag o roli laseczników zielonej ropy w powstawaniu t. zw. pierwotnego krupowego zapalenia przewodu słuchowego zewnętrznego i o własnościach patogenicznych laseczników ropy zielonej wogóle (dok.). Wertheima A.: Przypadek rany postrzałowej żołądka, powikłanej zranieniem wątroby i nerki. W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 49: Dr. Kijewskiego: O znieczuleniu rdzeniowem zapomocą kokainy. Kopytowskiego W.: Przyczynek do zmian anatomo-patologicznych w skórze przy półpaścu. W *Nowinach Lekarskich* (Zesz. 22): Solowija i Krzyszkowskiego J.: Przyczynek do nauki o nabłoniakach kosmówki i zaśniadzie groniastym. oraz nowy przypadek złośliwego zaśniadu groniastego (dok.).

Redakcya otrzymała:

— Dr. Krajewska Teodora: Osteomalacie in Bosnien (Odbitka z „Wien. Mediz. Wochensch.“ Nr. 38).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 19 grudnia, o godz. 6-tej wieczorem, *w sali wykładowej prof. Szajnochy* posiedzenie zwyczajne. Na porządku dziennym wybory członków zarządu Towarzystwa na r. 1901.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Od Administracyi.

»Przegląd lekarski« wychodzić będzie w ciągu roku 1901 według tego samego programu, co i w roku ubiegłym.

Dla uniknięcia zwłoki w przesyłce pisma uprasza się o wczesne przesyłanie pieniędzy i o dokładne zawiadomienie o wszelkiej zmianie adresu.

Pp. prenumeratorów, którzy zalegają w opłaceniu przedpłaty za rok przeszły, uprasza się o rychłe uregulowanie rachunków.